

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Revista médica editada mensalmente pelo

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Instituição para o progresso da Cirurgia

Diretor: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

DL LVI

São Paulo, Agosto de 1948.

N.º 2

Sumário:

	Pág.
Resultados tardios do tratamento cirúrgico do câncer da mama. — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO	75
BCG, a chave de um dos maiores problemas da humanidade — a tuberculose. — Dr. EDUARDO VAS	79
Produção Médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina:	
Higiene e Medicina Tropical.....	83
Neuro-psiquiatria.....	96
Cirurgia.....	107
Sociedade Médica São Lucas.....	123
Sociedade dos Médicos do I. A. P. C.....	124
Sociedade do Serviço do Prof. Celestino Bourroul.....	124
Instituto Latino-Americano de Radon.....	125
Outras Sociedades.....	126
Vida Médica de São Paulo:	
Associação Maternidade de São Paulo.....	127
Faculdade de Medicina.....	130
Associação Brasileira para o Progresso da Ciência.....	135
Associação Paulista de Medicina.....	136
Associação dos Médicos de Santos.....	140
Necrologia.....	144
Movimento demográfico-sanitário.....	148
Campanha contra a Tuberculose.....	148
Imprensa Médica de São Paulo:	
Sumário dos últimos números.....	149
Congressos Médicos:	
V Congresso Interamericano de Cirurgia.....	150
Assuntos de Atualidade:	
O Radon em Dermatologia.....	151
Tratamento da cirrose hepática.....	151
Literatura Médica:	
Livros recebidos.....	153

MUGÓLIO

MUGÓLIO

MUGÓLIO

MUGÓLIO

MUGÓLIO

MUGÓLIO

O **MUGÓLIO** é um produto balsâmico obtido pela destilação das folhas, cascas e ramículas do Pinus Parlati, que cresce somente nos montes da Alta Dalmácia, em altitude superior a 2.000 metros.

As propriedades terapêuticas do **MUGÓLIO** baseiam-se em suas ações balsâmica, antipneumônica e antiespasmódica.

O **MUGÓLIO** alcança, pela inalação, todas as vias respiratórias, agudas e crônicas. Com o seu uso, desaparecem a febre e os sintomas noturnos; restabelece-se o tônus e o apetite; observam-se melhorias na taxa hemoglobínica e no quadro hematológico de onde, conseqüentemente, o aumento da potência e aceleração da cura.

Mugólio injectável
em 3 formas:

- **MUGÓLIO SIMPLES** - I, II e III grãos
- **MUGÓLIO COM CHOLESTERINA E CINNAMATO BENZYLICO** - I e II grãos
- **MUGÓLIO LECTINIZADO** - I e II grãos

- **OTO-RINO MUGÓLIO** - Solução a 5 %
10 o/a em óleo de tualina
- **RINO-MUGÓLIO** - Pomada para o nariz,
com 3 o/a de ephedrine
- **POÇÃO DE MUGÓLIO** - Solução a 3 o/a
em veículo neoporo.

LABORATORIOS REUNIDOS CALOSI-DALLARI
INST. SORO-HOMOTERAPICO NACIONAL S/A

RUA DA GLÓRIA, 17
S. PAULO

ANAIAS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 114 - Fone, 3-4198 - Caixa Postal, 1574 - São Paulo, Brasil

Assinatura: por 1 ano . . . Cr \$ 100,00 — Numero avulso . . . Cr \$ 10,00

VOL. LVI

AGOSTO DE 1948

N.º 2

Resultados tardios do tratamento cirúrgico do cancer da mama *

Dr. Eurico Branco Ribeiro

Diretor do Sanatório São Lucas

E' muito prudente e louvável a decisão de só se fazer a apreciação dos resultados à distância em cirúrgia do cancer depois de passados 5 anos do ato operatório. Fez muito bem, pois, os relatores do LI Congresso da Sociedade Francêsa de Cirúrgia em pedir que os dados referidos se relacionassem com os doentes operados até dezembro de 1942.

O Sanatório São Lucas começou a funcionar em 1939. Até o prazo acima estipulado, constam dos arquivos dêsse hospital as histórias de 15 doentes operados de cancer da mama, doentes cujo posoperatório foi devidamente seguido, de modo a permitir o fornecimento preciso de dados para uma apreciação de conjunto. E' certo que se trata de uma estatística insignificante, mas é baseada em fatos concretos e tem a virtude de exprimir a orientação geral que é seguida até hoje nos serviços cirúrgicos do Sanatório São Lucas.

Todos os 15 casos se referiam a indivíduos do sexo feminino. Quanto à séde, estavam assim classificados:

* Comunicação feita à Sociedade Médica São Lucas em 15 de junho de 1948.

À direita	7 casos
À esquerda	6 "
Bilaterais	2 "
<hr/>	
TOTAL	15 "

Com exceção de uma enferma, que foi operada sob anestesia local, as demais 14 sofreram narcose pelo Balsoformio. A operação consistiu na amputação da mama afetada, com ressecção dos músculos peitorais e esvaziamento ganglionar da axila correspondente e, em raros casos, também com excisão de gânglios supraclaviculares. Servimo-nos sempre da incisão em raqueta, com o cabo iniciando-se ao nível da inserção humeral do grande peitoral e com a alça abraçando a mama. Nunca tivemos necessidade de fazer retalhos especiais ou de recorrer a outros artificios plásticos para recobrir a superfície descoberta pela excisão cirúrgica. Si o afrontamento dos bordos se torna difícil, fazemos um descolamento subcutâneo extenso e por vezes recorremos ao expediente de Finocchietto de pontilhar a pele das proximidades dos bordos da ferida com numerosas picadas de agulha, afim de permitir a sua maior distensão e uma sutura sem grandes estiramentos.

A mortalidade operatória foi nula. O tratamento prévio com roentgenerapia só foi feito em uma doente, que também recebeu novas aplicações no período posoperatório e foi uma das que tiveram sobrevida acima dos 5 anos, estando em boas condições na última vez que foi revista.

A radiumterapia só foi aplicada no posoperatório de uma doente, que, embora tivesse uma lesão de tipo esquirroso, faleceu no fim de seis meses com metastases generalizadas.

Das 8 doentes que seguiram regularmente o tratamento roentgenerápico posoperatório, 3 tiveram sobrevida de mais de 5 anos e vivem ainda, enquanto que as outras 5 faleceram com metastases no fim de 5 anos, 3 anos e menos de um ano (3 casos). Ultimamente temos prescrito a hormonioterapia masculina no posoperatório e já temos praticado a castração em alguns casos.

A mortalidade geral foi de 73,33 %, ou seja 11 num total de 15 casos. Essa percentagem tão alta da mortalidade foi devida, sem dúvida, ao tratamento cirúrgico tardio a que as doentes se submeteram, pois, entre nós, por questões de mal compreendida pudicícia e por ignorância de certa classe da população, os casos chegam às mãos do cirurgião quando as lesões já estão muito avançadas e quando já os recursos terapêuticos nada mais podem fazer senão retardar de alguns meses o êxito letal infalível. E' compreensível, assim, que só tenhamos registrado 26,66 % de sobrevidas acima de 5 anos.

BCG, a chave de um dos maiores problemas da humanidade — a tuberculose *

Dr. Eduardo Vaz

Diretor do Instituto Butantã

Em uma luta qualquer, estão em jogo fôrças agressoras e fôrças defensivas. Estas são de 2 ordens — as de defesa geral, e as de defesa especial.

De exemplo — uma cidade. Atacada, pode apresentar obstáculos à invasão, ligados uns a condições geográficas, outros a condições de espírito — disposição de luta, trabalho de colaboração, patriotismo. Não obstante, essas barreiras podem cair, na dependência do tipo de agressão. Um ataque aéreo exige defesa especial — baterias anti-aéreas, abrigos, flotilhas de aviões apropriados.

Foi aí um exemplo. Para vencer os embates, não bastam aos organismos atacados tão só as suas fôrças defensivas naturais; há necessidade do preparo de fôrças específicas.

O organismo humano está sujeito a constantes ataques de inimigos invisíveis — os micróbios. Inimigos perigosos, que o rondam sinistramente. Atacam. E' verdade que podem ser aniquilados de logo pelas fôrças defensivas naturais, sem mesmo u'a manifestação sequer do embate. Também podem os micróbios originar grave conflito, exteriorizado por sintomas de doença. Vence um dos contendores. E' a recuperação da saúde, ou é a morte.

Em muitas dessas doenças infecciosas, o pequeno ataque despercebido, ou a doença vencida, gera no organismo atacado fôrças especiais, específicas, contra o invasor, fôrças que lhe garantem vitória em embates futuros contra o mesmo germe.

Com o bacilo da tuberculose, que existe por tôda parte, sempre pronto a forçar as defesas naturais do organismo humano, tanto é possível a ocorrência de infecção mínima, como de infecção grave. A mínima, sem sintomas, vencida de logo,

* Palestra realizada na Radio Excelsior de S. Paulo, a 1-7-48, data consagrada ao B.C.G.

origina forças defensivas específicas, verdadeira proteção a ataques futuros. O organismo premuniu-se. A infecção grave, que evolue, que chega a se manifestar por sintomas, é a doença tuberculose, da qual pode o homem sarar ou sucumbir.

Não se sabe nunca qual o desfecho da luta entre um agressor de virulência desconhecida, em quantidade ignorada, e o organismo humano, bem ou mal nutrido, com boas ou más condições gerais de defesa.

Fica assim o homem, desde que nasce, à mercê de uma contaminação de grau desconhecido, em momento ignorado.

As fontes de contágio são muitas — é o parente, é a pagem, é a cozinheira, é o manipulador de alimentos, é o companheiro, o amigo; alguns são doentes declarados, outros contagiantes não-suspeitados.

O perigo está em toda parte; é utopia pensar em extinguir o bacilo causador. Inócua, como medida de luta, é a internação de uns tantos doentes.

Era natural as vistas se voltassem para o aumento de forças individuais, as gerais, pela alimentação, pelos bons hábitos, isto é, um bom padrão de vida. Compreende-se a complexidade desse problema, já de ordem social.

O outro caminho era o de preparar no organismo forças defensivas específicas. Os ensaios de vacinação pelas tuberculinas, extratos bacilares, bacilos mortos, ou modificados por agentes físicos e químicos, foram de resultado pouco satisfatório, contrastando com a imunidade deixada pelo bacilo vivo. Atenuar o bacilo, destituindo-o do poder de dar lesões evolutivas, incapacitando-o de dar tuberculose, mas criando o estado de defesa — passou a ser a chave do problema.

Encontraram-na Calmette e Guérin, que a anunciaram em 1909. As provas em animais se acumularam até 1921, quando se empregou pela primeira vez em uma criança, filha de tuberculosos, a vacina preventiva BCG. Após 6 meses de observação favorável, novas crianças vacinadas, e mantidas sob vigilância. E assim foram se somando por toda parte, sob fiscalização, os resultados com essa vacina, chamada BCG. Venceu. Inócua e eficiente, entrou na prática. Todo o nosso esforço de hoje se concentra na generalização do seu emprego. Só assim desempenhará o papel de alta relevância que lhe cabe na luta contra a tuberculose.

A ordem de comando é vacinar todos os recém-nascidos, é examinar as crianças maiores, os jovens, no desejo ansioso de descobrir os que ainda não foram tocados pelo mal, afim de beneficiá-los com a premunição pelo BCG.

Aí está a chave de um dos maiores problemas da humanidade — a tuberculose.

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL EM 18 DE
SETEMBRO DE 1947

Presidente: Dr. J. L. Pedreira de Freitas.

Tratamento intensivo da leishmaniose tegumentar americana pelo tartarato de sódio e antimonialina — Prof. Dr. Samuel B. Pessoa e Dr. A. Rotberg — Os AA. apresentam os resultados de uma primeira tentativa de tratamento intensivo da leishmaniose tegumentar americana pelas injeções múltiplas de tartarato de sódio e antimonial. Cada ampola contém 0,13 gm. de sal, dissolvido em 10 cc. de solução fisiológica glicosada a 5%; sendo esta preparação instável recomenda-se conservá-la em geladeira e usá-la pouco após sua fabricação, sendo preferível o sal seco e dissolvê-lo no momento de uso.

Uma série completa consta de 6 injeções distribuídas em 2 dias de tratamento, em cada um dos quais se aplicam 3 injeções com intervalos de 3 horas, de acordo com este exemplo — 1.º dia: 9h-12h-15h; 2.º dia: 9h-12h-15h. As injeções são intravenosas e prati-

cadas muito lentamente, à razão de 2 cc. por minuto (5 minutos para o total, contados a relógio). A tolerância foi em geral boa; certos casos apresentam tosse seca após as primeiras injeções, bradiquardia ou náuseas, as vezes cefaléias. Recomenda-se então a administração oral de 15 gotas de adrenalina. Toda a técnica de tratamento é recomendada por Alves e Blair para a esquistossomíase, de que 100% de um total de 50 casos foram curados com apenas uma série dessas injeções.

Esse tratamento foi tentado em 6 casos de leishmaniose tegumentar internados na enfermaria do Prof Aguiar Pupo, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Observaram os AA. que já uma série de 2 dias de tratamento era suficiente para produzir melhoras parciais e início de cicatrização das lesões, melhoras essas que não se acentuavam a partir da segunda ou



Laboratório de HORMOTHERAPIA

Aché

ESCRITÓRIO EM S. PAULO — TEL.: 4-6462
Rua Xavier de Toledo, 84 - 4.º**Hormosplenino Masculino**Soro Hormônico Masculino ativado com
extratos de baço**Hormosplenino Feminino**Soro Hormônico Feminino ativado com
extratos de baço

Indicado no tratamento das constipações de ventre (atonía e paralisia intestinal), caquexia palídica; poderoso desensibilizante dos estados alérgicos: dermatoses, asma, rinite espasmódica, etc.

DOSES: Uma ampola diariamente (INTRAMUSCULAR)

terceira semana, motivando a administração de uma nova série de 1 ou 2 dias. Com este reforço, notou-se cicatrização completa das lesões de 3 dos tratados (2 cutâneos, 1 mucoso) que serão observados posteriormente para verificação da estabilidade dos resultados e prevenção de lesões mucosas. Em outros 3 casos (2 mucosos, 1 cutâneo) os resultados continuaram incompletos.

Com este trabalho os AA. procuram contribuir para a solução do problema do tratamento prático de grandes massas de doentes nas próprias áreas endêmicas, e que poderia ser feito quer por pequenos dispensários fartamente distribuídos, quer por unidades móveis.

Comentários: Dr. Gastão Rosenfeld — Pergunta aos comunicantes porque a denominação de tartarato do sódio e antimonila, achando que esta denominação antimonila pode trazer confusão, uma vez que deve ser o sal tartarato duplo de sódio e antimônio, e ainda porque os autores empregaram a adrenalina por via bucal e qual a sua recomendação, achando que a adrenalina por via bucal não é absorvida pelo organismo.

Dr. A. Rotberg — Responde: primeiro que o sal usado foi o mesmo tartarato duplo de sódio e antimonila recomendado por Alves e Blair para a esquistossomíase. O medicamento foi preparado no Departamento de Parasitologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; segundo que a adrenalina foi empregada segundo sugestão de Alves e Blair, principalmente para combater um ou outro caso de bradicardia após as injeções.

Plano de uniformização de métodos para inquéritos sobre amebíase — Dr. A. Dácio Franco do Amaral — Diz o A. que, no Primeiro Congresso Médico-Social Panamericano, o Dr. Rafael Calvo Fonseca apresentou um trabalho, perante a Seção de Biologia, Parasitologia e Medicina Tropical, no qual propõe um plano para unifor-

mização dos métodos de investigação e técnica de exame coprológico para os inquéritos sobre a "Endamoeba histolytica", nos países de nosso continente. Como, no Segundo Congresso Médico-Social Panamericano, o tema acima deverá entrar em discussão, o A. apresenta o seu ponto de vista sobre o processo de exame coprológico que deve ser usado nos inquéritos sobre amebíase, mostrando, de acordo com a sua experiência, que, para fins epidemiológicos, o método de Faust e col., aplicado uma só vez, e os resultados obtidos sofrendo a necessária correção, permite avaliar com bastante segurança o grau de parasitismo pela "E. histolytica" de um determinado grupo. Para fins clínicos, o esclarecimento dos casos de amebíase deve obedecer às normas que o A., em colaboração com Ávila Pires, traçou em trabalho publicado na Revista Paulista de Medicina, XXX (6): 307-319, Junho de 1947.

Comentários: Dr. Felipe de Vasconcelos — Acha como o autor que a pesquisa de protozoários intestinais pelo exame de esfregaços corados pelo Gram é desconhecido na rotina. Afirmando que a "Trichomona vaginalis" cora-se de forma a dar para seu diagnóstico na secreção vaginal. Quanto ao método da centrifugoflutuação de Faust e colaboradores empregado 6 vezes é praticamente impossível de ser obtido na clínica, todavia dizendo que este método deve ser o recomendado na prática de inquéritos epidemiológicos por tratar-se do mais eficiente, mesmo quando aplicado uma só vez. Para clínica recomenda como bom método a aplicação de um exame pelo método de Faust e outro com purgativo salino e a coloração pela hematoxilina férrica para segurança no diagnóstico específico da "End. histolytica". Ficando inteiramente de acordo com o Autor quando este preconiza o método de Faust para inquéritos epidemiológicos.

Dr. Gastão Rosenfeld — Está de pleno acordo com o Autor, achando que um só exame pelo



EMANAÇÃO DE RADIUM

concentrada para banhos com valores iguais ou superiores aos das mais reputadas estações hidromedicinais do mundo, banhos que são tomados na própria casa do cliente.

INDICAÇÕES: Nevralgias ciáticas, Artrismo, Reumatismo gotoso, Eczema diatéxico exsudativo, Urticária, Estados alérgicos, Desequilíbrio neuro-vegetativo dos hipertireoidianos, etc.

Entregas sómente contra receita médica!

LITERATURA À DISPOSIÇÃO DOS SENHORES MÉDICOS.

Instituto Latino-Americano de Radon S.A.

"ILARSA"

RUA CONS. FURTADO N.º 645 — TEL. 4-3589 — SÃO PAULO

CONSELHO TÉCNICO-CIENTÍFICO

João Aguiar Pupo

Oscar Cintra Gordinho

Antonio Prudente M. de Moraes

James Ferraz Alvim
(Suplente)

Nelson Souza Campos
(Suplente)

Jorge de Andrade Maia
(Suplente)

DIRETORIA

Eurico Branco Ribeiro
Diretor Médico-Científico

Luiz Cintra do Prado
Diretor-Técnico

Brasílio P. Baptistella
Diretor-Superintendente

GERÊNCIA TÉCNICA

Raymundo De Burlet

Faust com uma correção estatística. Pensa também que se deve estudar melhor a questão da conservação das fezes para remeter Laboratório, pensando no uso do Formol, dizendo que assim serão obtidos inquéritos mais amplos e com maiores facilidades.

Dr. Mauro Perreira Barreto — Diz que faz restrições às observações quanto a baixa incidência da amebíase verificada em Cuba pelo Dr. Calvó Fonseca, pensando mesmo que os métodos usados devem ter sido pouco eficientes. Acha também que o método de Faust parece ser o melhor conhecido. Sobre a conservação das fezes lembra o emprego do Formol já anteriormente empregado pelo Dr. Dácio e também as fezes conservadas em gelo como aplicado pelo Prof. Ayroza Galvão no inquérito efetuado em Araraquara. Diz que o autor deve fazer um estudo dos diversos métodos comparativamente e também diante dos dados que já tem para esclarecer um fator de correção para o exame pelo método de Faust quando aplicado uma só vez e um segundo fator de correção baseado no método de exame com o purgativo salino, sendo isto muito fácil mediante os dados já conhecidos do autor.

Dr. José Lima Pedreira de Freitas — Fala sobre a conveniência da conservação das fezes, uma vez que está de acordo com o Dr. Dácio quanto a questão de bons microscopistas para diagnóstico do específico da "E. histolytica"; assim o material remetido a um centro onde se pudesse fazer o diagnóstico específico daria mais rendimento e maior probabilidade de diagnósticos certos. Pede informação sobre o emprego do Formol como conservador de fezes e sobre a modificação do método de Faust proposta por Otto Strahan e Hewit e perguntando se esta técnica nova trás conveniência.

Dr. Dácio Amaral — Respondendo aos comentários, diz ao Dr. Felipe que acha também pouco recomendável na prática o emprego do Método de Faust repetido 6 vezes, porque mesmo assim não reve-

la todos os casos de eliminadores de cistos, afirmando que do ponto de vista clínico aconselha o emprego deste método duas vezes e após um exame com purgativo salino. Aos Drs. Gastão e Pedreira acha também importante a utilização de fezes conservadas pensando que se deve empregar Formol como conservador e que já o empregou com bons resultados, os mesmos resultados tendo sido obtidos pelo Dr. Marques da Cunha, embora o Prof. Faust não aconselhe. O Dr. Barreto pede permissão para dizer que observou no serviço do Prof. Faust na Universidade de Tulene, que era empregado o Formol como conservador de fezes com cisto de "E. histolytica". Acha o Dr. Dácio que o gelo pode ser usado como conservador e que também há recomendações do emprego do Lugol, trabalho realizado em "Oklahoma U. S. A. — Quanto à modificação do método de Faust proposto por Otto Strahan e Hewit consiste em fazer uma flutuação semelhante ao processo de Willems, empregando o sulfato de zinco, e o Faust com supressão das centrifugações. O Dr. Barreto pergunta se o método de Faust não é um aperfeiçoamento deste método de flutuação ao que o Dr. Dácio afirma que o método de Faust é anterior. Ainda o Dr. Dácio informa que o método de Faust está hoje sendo difundido pela Europa como meio de levantamento epidemiológico da amebíase.

Sobre o gênero *Chelommia* end., com a descrição de duas novas espécies — Dr. Mauro Pereira Barreto — O A. depois de dar os caracteres do gênero "*Chelommia* End.", 1922, tece comentários sobre "*Chelommia* Macquarti" (Schin., 1868) (= *Gymnochela* Bizoti Kröb., 1931, nec. Bella., 1859). Descreve ainda duas espécies novas: 1) "*Chelommia* amazonensis n. as. (fêmea) proveniente das margens do Rio Negro, Estado do Amazonas, espécie afim a "*C. cineraria*" Wied., 1828, mas diferindo entre outros caracteres pelos seguintes: fronte mais estreita e

de bordas convergentes para a frente; revestimento piloso das pernas e das pleuras branco; pré-escudo e escudo castanho-avermelhado; tíbias castanhas revestidas de pêlos pretos; abdômen dorsalmente sem faixa longitudinal mediana escura e com mancha triangular de pêlos brancos no meio da borda posterior dos tergitos II-VI, mancha arredondada de pêlos brancos nas paredes laterais dos tergitos II-V, e manchas de pêlos brancos nos ângulos pósterolaterais dos tergitos I-VI; 2) "Chelomima weyranchi", n. sp. (fêmea) proveniente de Satipo, Perú, espé-

cie afim a "C. peruviana Macq. 1847, mas diferindo entre outros caracteres pelos seguintes: tíbias e tarsos castanho-avermelhados escuros, revestidas de pelos pretos, asa ligeiríssimamente infuscada com as nervuras orladas de castanho-amarelado; tergitos abdominais castanhos-amarelados, revestidos de pêlos pretos, com mancha triangular de cor mais clara e recobertas de pêlos amarelo-dourados no meio da borda posterior dos tergitos I-V e com manchas de pêlos amarelos nas bordas laterais e ângulos pósterolaterais dos tergitos I-VI.

SECÇÃO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL EM 7 DE OUTUBRO DE 1947.

Presidente: Dr. J. L. Pedreira de Freitas.

Da malária na região de Presidente Epitácio — Dr. Camilo S. P. Passalacqua — O autor apresenta dados referentes à epidemiologia da malária na região de Presidente Epitácio, que compreende pequenos núcleos de população, mui próximos entre si, situados às margens e ilhas do rio Paraná, limite natural entre os Estados de São Paulo e Mato Grosso (Brasil).

Evidenciando as fontes da infecção e o seu mecanismo nos núcleos habitados, mostra a doença profundamente infiltrada na população, tendo atingido moradores, durante o período de 1940-1947 (até 30 de junho), segundo os registros feitos pelo Serviço de Profilaxia da Malária do Estado de São Paulo, na seguinte proporção: 1940, 15%; 1941, 12%; 1942, 8%; 1943, 29%; 1944, 7%; 1945, 8%; 1946, 25%; 1947, 6%.

O levantamento da fauna anofelinea, revelou a existência de 9 espécies, merecendo referências mais detalhadas, duas delas:

o "A (N) darlingi", que pelo seu alto grau de antropolilia, acentuada domesticidade e grande densidade, foi incriminada como a vetora local;

o "A (A) minor", que apesar de não possuir importância epidemiológica na transmissão da malária, o encontro na região constituiu um dado interessante, visto ser essa a primeira vez a ser assinalada no Estado de Mato Grosso, e a terceira, no de São Paulo.

As demais espécies encontradas foram: "A (N) albitarsis"; "A (N) argyritarsis"; "A (N) rondoni"; "A (N) trian. davisii"; "A (N) strodei"; "A (N) pessoai"; "A (N) noroestensis".

Comentários: Dr. A. Dácio F. do Amaral — Diz ao A. que, em publicação recente sobre os anofelinos do Vale-do-Doce (Estados de Espírito Santo e Minas Gerais) havia encontrado o "A. noroestensis" como espécie abundante e silvestre, lembrando que o A. pode citar esses dados.

Dr. J. Lane — Diz que o Dr. Lauro Travassos Filho encontrou o "A. darlingi" em abundância e domiciliar em Porto Cabral, perguntando se o A. havia trabalhado, também, nessa localidade que fica entre os Rios Paranapanema e Paraná e a localidade de Porto Epitácio. O Dr. Passalacqua respondeu negativamente dizendo não ser a localidade em apreço trabalhada

pelo Serviço de Profilaxia da Malária.

Prof. Samuel B. Pessoa — Diz que, em primeiro lugar deseja felicitar o A. pela bem cuidada inspeção preliminar que acaba de apresentar. Lembra que tais inquéritos foram introduzidos entre nós pelo Dr. M. F. Boyd em época, já recuada, quando esteve no Brasil (1922-1924). Tais inspeções tornaram-se clássicas, sendo executadas pelos sanitaristas brasileiros, lembrando o trabalho de conjunto do Dr. Clóvis Corrêa (1926). Estes inquéritos são feitos antes do estabelecimento de campanhas sanitárias contra a plasmodiose ou devido a algum surto epidêmico da doença. Assim são numerosos estes estudos no Brasil e, principalmente, em São Paulo, são em grande número as localidades em que o Serviço Oficial vem realizando inquéritos preliminares. Acha, entretanto, que devemos superar esta fase do estudo da malária, pois as inspeções preliminares feitas às vezes em anos epidêmicos ou nos anos de baixa endemia não nos fornecem o quadro epidemiológico real da endemia entre nós. Assim, vê-se que feita a inspeção preliminar seguida ou não de trabalhos de profilaxia nunca mais se repetem os inquéritos, não se sabendo, posteriormente o que se passa com a marcha da doença e se as medidas usadas no combate à plasmodiose tiveram ou não êxito positivo. Assim, baseando-se nos dados de mortalidade pela malária pode-se verificar que em certos municípios paulistas durante 3, 4 ou mais anos é ela nula ou muito pequena, seguindo-se após anos de alta mortalidade em que os índices sobem a 600, 700, 1.000, e mesmo 1.200 por 100.000, que as coloca entre as localidades mais malarígenas do mundo. No entanto, neste particular, não existem inquéritos continuados, durante vários anos seguidos, e que nos tendem dar a explicação de tais surtos epidêmicos: serão devido à perturbações econômico-sociais, correntes imigratórias de suscetíveis, introdução de mosquitos

transmissores, mudança da forma da agricultura, aumento da virulência do parasita? Não sabemos. Não sabemos na realidade os índices endêmicos, mesmo das regiões mais trabalhadas, pois não nos podemos basear em dados de inspeções preliminares feitas em um só ano ou em anos muito distanciados. Assim se a inspeção for realizada durante um surto epidêmico, e muitas seguem tal critério, teremos dados errôneos sobre a prevalência da moléstia, o mesmo se chega sobre os anos de baixa endemia.

E' necessário, repito, que superemos tal fase no estudo científico da endemia entre nós, e finaliza os seus comentários fazendo um apêlo aos Serviços Especializados, principalmente ao Serviço de Profilaxia da Malária" no Estado para que, no futuro determine a feitura de estudos continuados durante anos sucessivos, em vários pontos do Estado, afim que, surjam os dados sobre a verdadeira incidência e marcha epidemiológica da malária entre nós.

Processo prático para o exame de amebas em cultura em meio líquido — Dr. A. Dácio F. Amaral — O autor apresentou um modo prático para examinar culturas de amebas em meio líquido. Coloca-se o microscópio em posição horizontal, segura-se o tubo a examinar, ao nível da platina e faz-se incidir sobre o mesmo um jato de luz, através do condensador. Com a objectiva de pequeno aumento, pode-se aquilatar da riqueza do meio em amebas, conforme demonstrou o A. na ocasião, exibindo vários tubos de cultura. Este processo facilita a prática da cultura de amebas, pois evita o uso de pipetas para o exame, o que, na realidade, é trabalhoso e gasta muito tempo.

A medicina no Brasil — Réplique a um editorial do "The Journal of the American Medical Association" — Dr. Mauro Pereira Barreto — O autor tece comentários em torno do editorial publicado

**PODEROSO ANTISÉPTICO
URINARIO E BILIAR**

URASEPTINE ROGIER



Fabricada no Brasil com licença especial de HENRY ROGIER, PARIS, FRANCE,
LABORATORIOS ENILA S. A. Caixa 484. Rio de Janeiro.

Filial: rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo

pelo "The Journal of the American Medical Association" (vol. 123, n.º 16, de 16 de agosto de 1947) refutando com clareza e precisão todos os tópicos que se referem, de forma irreverente, ao Brasil, às Faculdades de Ensino Médico, às Instituições Científicas, aos Hospitais e ao povo, de um modo geral.

Comentários: Dr. Gastão Rosenfeld — Diz estar de pleno acôrdo com o A., informando que o Redator-Chefe do "J. A. M. A." foi há pouco criticado pelos próprios americanos, que diziam ter êle se apossado da direção da "American Medical Association" através de manobras políticas internas, na referida sociedade, achando que o editorial, possivelmente, não exprime o pensamento da classe médica americana.

Dr. Moacir Amorim — Diz que ouviu com muito interesse a réplica do Dr. Barretto, com a qual está inteiramente de acôrdo, diante do chocante editorial. Como médico e técnico que é, repele as acusações feitas ao Brasil, achando que as nossas organizações científicas são passíveis de crítica, como também o são muitas estrangeiras. Visitando a Alemanha, teve oportunidade de verificar que lá pôde avaliar que a nossa cultura médico-científica não é tão pouca e que se orgulhou de comparar o que temos, com o que lá existia na época de sua visita, o mesmo devendo passar-se com a americana que ainda hoje importa técnicos e cientistas do Velho Mundo. Diz que o editorial é um reflexo da luta social que se trava hoje no mundo, e que se sente que os americanos pretendem a supremacia total do mundo, até mesmo no domínio das ciências médicas, achando assim que se deve refutar críticas dessa natureza. Não achando razões para que se julgue o Conselho de Educação Americano abalizado para julgar do grau de adiantamento das escolas médicas e que isto deveria caber a um Conselho Internacional. Relata um caso de sua especialidade, visto pelos patologistas america-

nos, que diagnosticaram um complexo-primário tuberculoso calcificado, como broncolitase, levado a operação, e que o diagnóstico histopatológico confirmou ser broncolitase de fundo tuberculoso. Relata que em muitas Escolas de Medicina americanas e canadenses não se fazem ainda demonstrações anátomo-clínicas, cousa comum aqui em São Paulo (Escola Paulista de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade, Hospital de Jaçanã, etc.). Diz como especialista que a tuberculose óssea aqui não é frequente, fato comum na Europa. Sobre o pagamento em folha de funcionários burocráticos em hospitais não em funcionamento, lembra que na folha de pagamento do reino de Luiz XIV de França, constava fundos para o rei da Inglaterra. Citando Henry Segar (1944) diz que este autor afirma que nos E. E. U. U. há casos de divisão de numerários entre médicos. Revela ainda, como citação desse autor, que os problemas médicos ainda não estão resolvidos na pátria de Fishbein, onde populações não recebem ainda assistência médica. Finaliza afirmando que um ponto ainda deve ser lembrado, é que tanto o povo como a ciência americana utilizaram-se da energia atômica para cometerem o maior crime da humanidade, a destruição de Hiroshima e Nagazaka no Japão, sacrificando assim a população civil indefesa, crime este cometido depois da morte de Roosevelt e nas vésperas da derrota militar japonesa.

Dr. J. L. Pedreira de Freitas — Análise muito objetiva do Editorial do "J. A. M. A." podendo-se distinguir, na refutação que fez, duas partes: na primeira mostra uma série de inverdades contidas no referido Editorial: na segunda, demonstra que alguns males atribuídos pelo seu autor à medicina brasileira não são próprios do Brasil, porém comuns a quase todos os países, inclusive, alguns deles aos próprios Estados Unidos. Acha que coube muito bem que esse Editorial fosse refutado na Secção de Higiene e Medicina Tropical porque é jus-

tamente neste setor que a medicina brasileira tem produzido trabalhos de valor mundialmente reconhecido. Por outro lado, a Associação Paulista de Medicina, como nossas outras sociedades médicas em geral, têm suas direções escolhidas por um critério absolutamente democrático, nunca sendo subserviente ao poder político. Chama a atenção para que, embora o referido Editorial mereça a opinião médica norte-americana em relação ao Brasil. Por outro lado, elle parece muito inoportuno justamente numa época como a presente, em que necessitam ser estreitadas as relações de amizade internacional.

Dr. Mauro P. Barretto — Volta a falar dizendo que, o fato que condiciona o atraso em muitos setores de nossa Terra é mais por falta de verbas adequadas, que pela carência de técnicos, fato que não pode se dar num país rico como é os Estados Unidos da América do Norte. Lembrando mais uma vez que seu intuito, na réplica que apresentou, foi visar o autor do Editorial e não a classe médica americana. Propõe à casa que se mande um telegrama de protesto ao Autor do Editorial do "J. A. M. A." e que se officie à "União Cultural Brasil-Estados Unidos" e à Embaixada Americana, dando conhecimento do ocorrido.

Dr. J. L. Pedreira de Freitas — Acha que se deve mandar não o telegrama, mas uma cópia do artigo traduzido para o Inglês. Dr. Gastão está de acôrdo com a proposta e mais ainda uma carta à Redação do "J. A. M. A."

Dr. Dácio F. Amaral — Acha que se deve enviar o telegrama que foi a proposta inicial.

Dr. Moacir Amorim — Acha que o fato deve ser revidado e não pacificado como pensa o presidente, porque o editorial foi publicado numa revista médica de divulgação mundial de grande tiragem.

Dr. Pedreira de Freitas — Procura esclarecer o fato dizendo que talvez tenha-se exprimido mal. Achando oportuno o revide, apenas insiste em que o referido editorial do "J. A. M. A." não deve refletir o pensamento da classe médica americana.

Dr. Dácio F. Amaral — Acha que não deve o fato ser superestimado e que o editorial não deve refletir a opinião médica americana; mas, como se trata de revista médica de grande tiragem e de divulgação mundial, as inverdades nele contidas precisam de uma resposta enérgica.

Dr. M. Pedreira Barretto — Insiste em sua proposta do telegrama e aceita ainda a proposta de se mandar uma cópia da réplica para o "J. A. M. A." evidentemente vertida para o inglês.

São submetidas a casa as seguintes propostas:

1.º) Enviar o telegrama de protesto ao Redator do "J. A. M. A." — Aprovada.

2.º) Officio endereçado à "União Cultural Brasil-Estados Unidos" e Embaixada Americana. — Aprovada.

3.º) Mandar à redação do "J. A. M. A." uma cópia da réplica escrita pelo Dr. Mauro Pedreira Barretto e traduzida para o inglês. — Aprovada.

SECÇÃO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL EM 26 DE NOVEMBRO DE 1947.

Presidente: Dr. J. L. Pedreira de Freitas.

Caso de malária quartã provavelmente contraído na capital de São Paulo — Drs. Gastão Rosenfeld e A. P. Spinelli. — Comentários: Dr. J. O. Coutinho — Lembra ao Dr. Rosenfeld que teve oca-

são de observar no Rio de Janeiro, no centro da cidade alguns casos de malária aparentemente autotone. Cuidadoso inquérito apurou serem contraídas em zona malarígena do Distrito Federal.

Prof. Samuel Pessoa — Lembra também um caso de Vila Buarque (Cidade de S. Paulo), que apurou ser contrido fora da cidade, o que excluía ser autoctone como a princípio pensava. Lembrando também a possibilidade desses casos serem contridos acidentalmente por transfusão de sangue ou outro meio semelhante.

Dr. Pereira Barretto — Acha muito interessante o fato e diz que esse caso vem contribuir para facilitar o mapa de distribuição do "P. malariae" no Estado que está sendo elaborado pelo Dr. Victor Homem de Mello e Dr. Aldino Schiavi. Acha também que há possibilidade da entrada de anofelinos através de caminhões, pois este fato se verificou no Nordeste com o "A. gambiae", pois esse anofelino era transportado por caminhões, automóveis e mesmo por jangadas.

Dr. Aldino Schiavi — Pede esclarecimento do bairro onde ocorreu o caso, no que é informado ser o de Cambuci. E que acha melhor adotar o termo introduzido e não accidental.

Dr. Gastão Rosenfeld — Responde dizendo que cercou-se de todos os cuidados e não viu possibilidade de saída da paciente da cidade de São Paulo e que também não havia possibilidade de ser accidental.

Dr. J. Oliveira Coutinho — Esclarece o seu comentário dizendo que apenas quíz lembrar a hipótese de saída da paciente para zona malarígena semelhante ao que encontrou no Rio de Janeiro.

Dr. M. Pereira Barretto — Lembra que realmente houve transporte do "gambiae" no Nordeste e que essa possibilidade possa também se dar com outros anofelinos.

Dr. Aldino Schiavi — Acha que o termo contraído não está bem

de acôrdo. Lembrando também que capturou um mosquito em plena cidade de São Paulo. Tratava-se de uma fêmea do "A. albitarsis" e que pensa tenha vindo de Pinheiros, onde existe esse mosquito.

Anerythrops — Novo gênero (Diptera-tabanidae)

— Dr. Mauro Pereira Barretto — O A. descreve *Anerythrops*, n. gen. cujos caracteres são os seguintes: olhos bicolores, vermelhos com reflexos violáceos na metade superior e verdes na metade inferior; fronte da fêmea larga, com calo grande e saliente; vértice algo escavado; antenas com o I segmento subcônico, um pouco mais longo que largo, II subcilíndrico, curto III sem dente ou ângulo, ceratóstilo curto o II segmento curvo e dilatado; asa com a basicosta nua na fêmea e com cerdas esparsas no macho, R4 com apêndice curto e célula R5 aberta; patas com as tibias anteriores não espessadas.

Genótipo: "*Anerythrops lanei*", n. sp.

Duas novas espécies são incluídas no gênero:

1) "*A. lanei*", n. sp., descrita de duas fêmeas, uma capturada na Faz. da Serra, Itatiaia, Est. Rio de Janeiro, e outra na Serra da Cantareira, São Paulo, Est. de S. Paulo; apresenta o escutelo amarelo com pêlos brancos e as patas pretas com as tibias anteriores tendo a metade basal amarela e as médias e posteriores sendo quase inteiramente amarelas.

2) "*A. philipi*", n. sp., descrita de um macho capturado em Banhado, Deodoro, Est. Paraná; apresenta o escutelo castanho revestido de pêlos pretos tendo alguns pêlos brancos de perneio e as patas uniformemente castanha

— CONTRA DORES —

Troipel

— COMPRIMIDOS —

Homburg

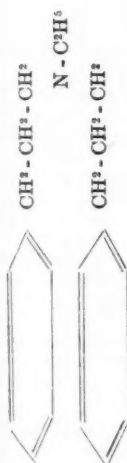


Por que o...

PROFENAMIN 

*é o antispasmódico
da atualidade?*

Porque o **PROFENAMIN**



- não é entorpecente.
- não produz hábito.
- é mais ativo que a papaverina.
- tem uma dose tóxica 170 vezes maior que a sua dose terapêutica.

3 FORMAS

PROFENAMIN — comprimidos
PROFENAMIN — ampolas
PROFENAMIN — Composto

PROFENAMIN COMPOSTO

encerra em 2 cm³,



dois poderosos antispasmódicos: } Profenamin e Novatropina;
um analgésico: Dimerilamino - antipirina;
um sedativo: Ácido dialilbarbitúrico.

LABORATÓRIO SINTÉTICO, LTDA.

RUA TAMANDARÉ, 376 — FONE 6-4572 — SÃO PAULO

SECCAO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL EM 4 DE DEZEMBRO DE 1947.

Presidente: Dr. J. L. Pedreira de Freitas.

Novo método biológico de controle da ação residual do D. D. T. — Drs. Aldino Schiavi e L. Morato Proença — Apresentamos os primeiros resultados obtidos por novo método de controle biológico de D. T. T. residual das paredes, o qual devido sua simplicidade e notável sensibilidade, poderá substituir os processos conhecidos.

Baseia-se no fato que, larvas em contacto com mínimas quantidades de D. D. T. apresentam fenômenos de intoxicação, que vão desde as falhas de locomoção até a letalidade.

Uma pequena mécha de algodão previamente em contacto com superfícies dedetizadas, colocada em um tubo contendo larvas, é suficiente em prazo de 2 a 9 horas matar tôdas as larvas, conforme provam nossas experiências realizadas com material retirado de casas dedetizadas.

A dose tóxica, que está entre 1 para 100 milhões e 1 para 150 milhões nas diluições líquidas, permite que se obtenha esses resultados mesmo que, aderente a mécha de algodão, as partículas de DDT atinjam a frações de miligramas. A mesma ação tóxica foi verificada com macerados de mosquitos intoxicados contra superfícies dedetizadas, mostrando pois, que mínimas quantidades de DDT tem ação deveras. surpreendentes sobre as larvas.

O nosso método, que transporta para o laboratório as verificações, permite obtermos resultados com as aproximações desejadas, uma vez que usamos o processo comparativo entre as várias amostras colhidas e padrões conhecidos, seja de diluições de DDT determinadas, seja de material retirado de superfícies dedetizadas em quantidade conhecida.

Em primeiro lugar, julgamos nosso método resolver as finalidades práticas de rotina, quando se

deva proceder a verificação de inúmeras casas dedetizadas de um local, seja para avaliação da atividade residual e sua durabilidade, seja para verificação de determinadas falhas de dedetização.

A obtenção de dados que permitam comparações, dependerá da escolha de uma técnica padronizada.

O nosso método pelo emprego do "test" larvario, abre novas perspectivas para análise do comportamento do DDT nas superfícies de várias naturezas, e supomos que no laboratório se possa manter um conjunto de larvas selecionadas, bem sensíveis, que poderão permitir experiências mais rigorosas.

Ensaíamos presentemente estabelecer a correlação numérica correspondente entre adultos e larvas intoxicados, pelo mesmo material de dada superfície dedetizada, cujos resultados serão apreciados em trabalho definitivo.

A "Bogalita" no tratamento da leishmaniose — Dr. José Aranha Campos — O A. divulga, pela primeira vez no Brasil, um novo agente terapêutico contra a lepra, empregado agora por ele, com resultados encorajadores, nos primeiros ensaios de tratamento da leishmaniose tegumentar americana.

Na primeira parte de seu trabalho fere o assunto do ponto de vista químico, desenvolvendo nova teoria sobre a ação do medicamento. Os autores do método, prof. J. M. Fernandez e M. Bergel, empregaram o produto Metanal-Sulfoxilato de Sódio (Rongalita C) exclusivamente devido ao seu alto poder redutor. No presente trabalho, o Dr. Aranha Campos fazendo um estudo sobre todos os produtos possuidores de atividade no tratamento da lepra — sulfas, sulfonas e rongalitas — demonstra que a ação destas últimas deve ser

determinada pela grande riqueza em enxofre mineral. Pela demonstração química do A., a ação contra o "M. Leprae" aumentaria na seguinte ordem: 1.º S orgânico das sulfas; 2.º S orgânico das sulfonas (que responsabiliza pela sua alta toxicidade, como causador das alterações sanguíneas — anemias, etc.); 3.º S mineral do grupo SO₃ Na (do Promin); 4.º S mineral do grupo SO₂ Na (da Diazona).

Explica em seguida o Dr. Aranha Campos que a Rongalita usada pelos argentinos contém em elevada porcentagem o grupo SO₂ Na, e que a fabricada pela "Rhodia Brasileira", a seu pedido, encerra em sua molécula os dois tipos mais ativos de S mineral contidos no Promin e na Diazona, com um total de 20,9% de S mineral.

Pela prova de toxicidade, diz o A. que é de 1 g. por kg. de peso coelho a dose máxima não mortal tanto pela via intravenosa como pela via gástrica.

Revelou-se a Bogalita, nas experiências "in vitro", ser bactericida em sol. a 3% e bacteriostática a 0,3%, bem como ter ação sobre cogumelos.

Na segunda parte de seu trabalho, relata os resultados obtidos com o emprego da Bogalita em doentes de leishmaníase.

Número de doentes, 3. Gramas de produto seco, 150,0 (dissolvidas em água destilada na proporção de 10%. Tempo de tratamento, 2 meses. Via de introdução do medicamento, intravenosa.

Logo após o início do tratamento, formou-se, nas bordas elevadas das úlceras, um halo branco leitoso, fenómeno semelhante ao observado no protossiloma cicatrizando-se sob ação de penicilina. Com o decorrer do tratamento, as crostas que se formaram à custa de secreção das úlceras, também adquiriram uma coloração esbranquiçada. E' de notar que nos mesmos doentes, antes do tratamento, as crostas eram hemáticas e, portanto, enegrecidas.

Do primeiro ao segundo mês de tratamento, as crostas foram se desprendendo, deixando aparecer o tecido cicatricial em quase todas as úlceras.

Do ponto de vista bacteriológico, as lesões ricas em leishmânias negataram-se inteiramente ao fim de um mês de tratamento, sendo que, após a primeira semana somente foram observadas raríssimas leishmânias por lâmina e assim mesmo completamente degeneradas.

A Bogalita não alterou em nada o quadro hematológico dos doentes. Confirmada esta observação, ficará comprovado que as alterações graves, tais como as anemias verificadas durante o tratamento sulfônico, são devidas ao grupo sulfona SO₂<.

Não observou o A. também complicações para o lado dos rins. Um dos doentes teve mesmo a evolução favorável de gromérulonefrite-aguda, durante o tratamento.

Conclui o A., que pela técnica empregada, a ação da Bogalita revelou-se muito lenta no tratamento da leishmaníase, embora indiscutível e perceptível, mesmo à vista desarmada. Considerando, todavia, a possibilidade de seu emprego por via oral, acha o A. que essa terapêutica poderá ainda ser de grande utilidade sob o ponto de vista epidemiológico, dada a inexistência de outro produto ativo por essa via. De conseguinte, termina o A., é de todo o interesse prosseguir-se nas experiências, empregando a Bogalita em drágeas queratinizadas.

Comentários — Prof. Samuel B. Pessoa — Acha muito interessante o trabalho apresentado pelo Dr. Aranha Campos que vem conformar as pesquisas dos argentinos sobre o assunto, congratulando-se com o autor pelas suas investigações sobre a matéria. Pensa que com esse trabalho é dado um passo para melhorar os conhecimentos sobre a terapêutica da lepra, lembrando a possibilidade da substituição do Promin que é de custo

bastante elevado) por outra sulfona mais acessível aos doentes menos favorecidos, vendo nestes estudos uma base mais científica que a que deu lugar ao aparecimento do Promin que foi, mais ou menos empírica. Analisa a ação da Bogalita sobre a pigmentação da pele e sugere que se estude a sua histologia nos indivíduos tratados, para se ter um conhecimento mais exato do assunto. Pensa que seria interessante tentar essa terapêutica em outras doenças cutâneas discrômicas, isto é, as que alteram a pigmentação da pele. Sobre a ação da Bogalita na leishmaniose tegumentar americana diz que empregou, com o Dr. Rotberg esse tratamento; apesar do pequeno número de casos, pôde observar que a ação deve ser lenta o que não é conveniente, uma vez que há outros produtos de efeitos muito mais rápidos. Pensa que nos casos que tratou houve diminuição dos parasitos na lesão, mas não negatividade das leishmânias nos doentes observados. Termina seus comentários felicitando o autor.

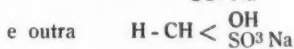
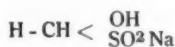
Dr. Mauro Perreira Barretto — Pede ao Dr. Aranha Campos para esclarecer como foi obtido o cálculo para estabelecer a porcentagem de SO₂ nos diversos preparados que estudou, porque nas formas apresentadas não lhe parece

que seja a "Bogalita" a mais rica em SO₂.

Dr. Aranha Campos — Ao responder os comentários agradece ao Prof. Samuel Pessoa as sugestões apresentadas sobre a possibilidade de êxito da aplicação da Bogalita nas doenças discrômicas da pele, também achando que o poder oxidoreductor do produto possa influir nessa classe de doenças, afirmando que irá investigar a questão. Responde ao Dr. Barretto que pediu a um químico para fazer o cálculo da percentagem de SO₂ nos diferentes produtos que estudou e que êste havia sido feito pela contagem de moléculas.

Dr. M. Pereira Barretto — Acha que se forem computados os diferentes corpos pelo seu peso atômico não é Bogalita o produto mais rico em SO₃.

Dr. Aranha Campos — Responde que em parte o Dr. Barretto está com a razão, mas que no caso, a Bogalita é composta de duas partes: uma que é o princípio ativo



que é uma impureza sem efeito na terapêutica.

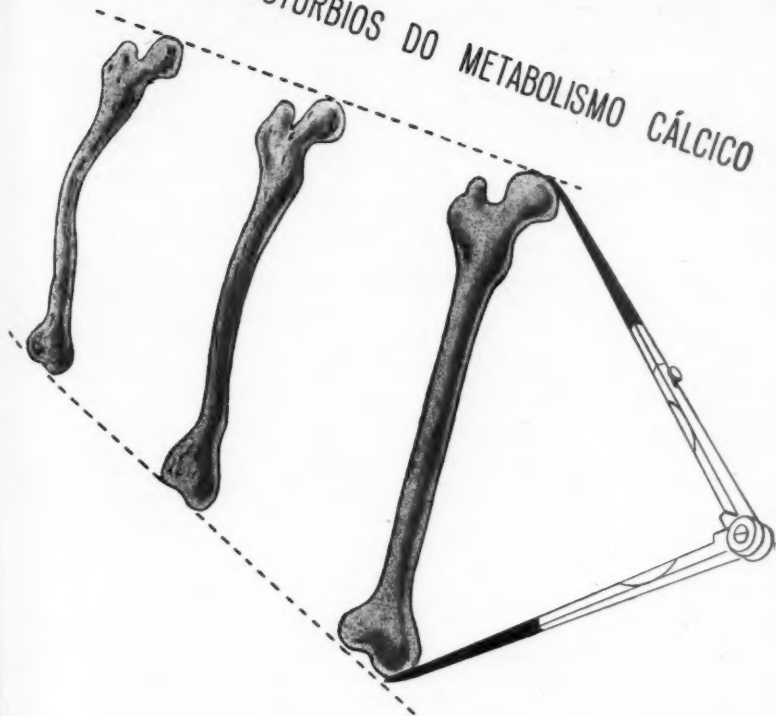
SECÇÃO DE NEURO-PSIQUIATRIA, EM MARÇO DE 1947

Presidente: Dr. Fernando Oliveira Bastos.

Alterações da sensibilidade nas tractotomias cervicais — Prof. Adherbal Tolosa, Dr. Rolando A. Tenuto e Dr. J. Lamartine de Assis — Resumo: Os autores tecem considerações fisiopatológica e clínica a propósito de distúrbios sensitivos observados em três pacientes portadores de síndromos parkinsonianos, submetidos à tractotomia piramidal cervical. Tiraram as seguintes conclusões: 1 — As tractotomias piramidais cervicais soem acarretar distúrbios sensitivos infralesionais. A temperatura

e a dor foram sempre afetadas e de modo mais acentuado; 2 — Nos três casos estudados, as alterações sensitivas distribuíram-se de T1 para baixo, intensificando-se a partir de T4, o que empresta viva autoridade à lei de Auerbach-Flado semiótico; 3 — As alterações, do semiótico; 3 — As alterações, em todos os casos, foram predominantemente contralaterais, e caracterizadas por hemissíndromo cordonal de tipo siringomiélico; 4 — Em dois casos (2 e 3, coincidindo com o maior aprofundamento da

DISTÚRBIOS DO METABOLISMO CÁLCICO



VIA ORAL Caixa com 1 ampola de 3 c.c.
(15 mg. de Calciferol)

VIA INJETÁVEL Caixa com 3 ampolas de 1,5 c. c.
(15 mg. de Calciferol)



STEROGYL

(Calciferol)



LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO-ROUSSEL S. A.

São Paulo — Rua Bittencourt Rodrigues, 180 — Caixa Postal, 439

incisão, houve: a) maior intensidade da hemiplegia; b) comprometimento da sensibilidade tátil; 5 — Em uma observação (caso 1)

houve comprometimento parcial, bilateral, da sensibilidade profunda consciente, para o que não se encontrou explicação definitiva.

SESSÃO DE 7 DE ABRIL DE 1947.

Presidente: Dr. Fernando Oliveira Bastos.

Influência da psique nas perturbações do aparelho digestivo — Dr. Gustavo Friozi — Resumo: Neste trabalho o A. focaliza a influência que a psique exerce sobre o aparelho digestivo. Estuda a questão da gênese das úlceras duodenais e gástricas as quais tem, em 80%, como fator precipitante, fatores psíquicos que por intermédio do hipotalamo, vago, exercem espasmos e hipersecreção ácida, responsáveis pelo apareci-

mento e cronicidade da úlcera. Estuda a questão psicossomática dos espasmos esofágicos do megasôfago, acentuando que é no cólon onde mais se manifestam as perturbações psíquicas produzindo as colites ulcerativas. Termina dizendo que tais perturbações só podem ser controladas quando, junto ao gastroenterologista, colabora o psiquiatra, curando a psique, causa do mal.

SESSÃO DE 29 DE MAIO DE 1947.

Presidente: Dr. Fernando Oliveira Bastos.

Considerações em torno da evolução da personalidade — Dr. Edgard Pinto César — Comentários: Dr. Henrique Mendes — Peço ao dr. Edgard alguns esclarecimentos sobre a existência do Ego ainda na vida intra-uterina. Essa questão de Ego intra-uterino é já uma consequência de pequenos atritos do Id com o exterior, e o Ego é já uma formação um pouco mais avançada, na qual já há certa relação do indivíduo com o mundo exterior. Não acredito que o feto tenha tensão de necessidade, porque o alimento não vem a ele quando ele quer. Já está lá. Depois do nascimento, sim. Mesmo a questão da mãe: quando a criança nasce, o seio que ora o alimenta não vem à hora que a criança quer. Quanto à questão da agressão, numa determinada fase a criança quer agarrar, agredir o seio para que ele não se separe mais dela. O medo da criança é um medo consequente das sensações da sua própria tendência agressiva. Mais adiante, o colega falou na sistematização das reações e, com ela, numa socialização da conduta

da criança. Tratar-se-á de uma referência ao Super-ego? E o problema da criação do Superego, que não existiria até o sexto ou sétimo meses de vida? Como chega a diferenciação do Ego intra-uterino? Penso que a criança não luta.

Dr. Edgard Pinto César — Inicialmente, quero fazer sentir esta minha expressão de Ego intra-uterino. Na realidade, esta divisão de Ego, Super-ego e Id é uma divisão de função e não do indivíduo. O feto está em um meio que não é externo para nós, mas é externo para ele. O útero não pode ser considerado para o feto como uma parte dele. Antes sentir dele fome, pode sentir sede e pode até morrer. Se há possibilidade de morte dentro do útero materno, vamos negar que haja luta? Há luta. Assim brotou um desejo de viver, só que as reações processadas não são peculiares ao indivíduo que nasce. A questão da angústia na criança asfixiada determina estímulo para as reações. Podemos dizer que, comparando com a que tem finalidade respi-

ratória vai se dar no útero onde não precisa de ar. Um feto de alguns meses já é capaz de respirar. Portanto, existe a capacidade de sentir a angústia para determinar a respiração, mas essa angústia não tem só a finalidade de fixar o oxigênio. O oxigênio é um alimento. Se sente a angústia por falta de um alimento, não é de estranhar que, depois de nascida, sinta angústia porque a criança chora. O choro tem uma finalidade biológica. E' para desencadear os primeiros movimentos biológicos. Quanto à possibilidade de haver angústia dentro do útero, creio que uma criança dentro do útero onde falta oxigênio, pode morrer. Quanto à questão do Ego e Id: Super-ego nada mais é uma diferenciação do Ego e este nada mais é do que uma diferenciação do Id. O Ego age também instintivamente. O Super-ego é uma instância conselheira. Se a coisa está automatizada, não precisa entrar em cena. Se não tem fórmula adequada para vencer uma situação, então é que a instância conselheira interior pode dizer "faça isso". Creio que deve ser considerado essencialmente como repositório da vida. Freud, embora não o diga em algumas partes, em certos pontos diz que é uma instância conselheira. Acho que, se a coisa está au-

tomatizada, não precisa de interferência do Super-ego. Acho que é uma questão de terminologia, que não tem muita importância. Quanto à questão do seio materno, a criança se agarra ao seio materno sôfregamente para sugá-lo. Não agarra a mãe. O que distingue é um reservatório de alimento. Quanto ao medo da criança recém-nascida: Medo e sua tendência agressiva é um pouco forte, embora esteja dentro da psicanálise. A criança mal diferencia o mundo. Dar um ajuizamento às suas atitudes? Isso não. Quando a criança sente fome é evidente que chora. Quando é maior, então mostra a sua agressividade, dizendo: "quero comer; mamãe não me dá, é porque ela é má". Tenho a impressão que esses eram os pontos básicos que podia responder. Quero responder que respeito os pontos de Freud.

Dr. Fernando O. Bastos — E' interessante que esta comunicação, em que é salientada a preponderância do instinto na primeira fase do desenvolvimento, parece lembrar a teoria do prof. Austregésilo citada em livros franceses, em que desenvolve o "fames libido" e Ego. Com isso não quero dizer que a opinião seja a mesma do Dr. Edgard, que tem mais originalidade.

SESSÃO DE 17 DE JUNHO DE 1947.

Presidente: Dr. Fernando Oliveira Bastos.

Gliomas múltiplos do cérebro.

Operação. Cura. — Drs. Walter E. Maffei, Rolando Tenuto e J. La-martine de Assis — Resumo: Os AA. apresentam um caso de gliomas múltiplos do cérebro, com regressão dos sintomas clínicos após intervenção cirúrgica. A localização do tumor foi feita exclusivamente pelos dados clínicos. Chamava a atenção o fato de toda área cerebral descoberta pela craniotomia estar ocupada por três grandes gliomas, que foram facilmente enucleados, e, mais profundamen-

te, três outros tumores menores. Houve regressão notável da sintomatologia após o ato cirúrgico. O exame anátomo-patológico mostrou tratar-se deependimoma. Os AA. terminam a exposição do caso tecendo considerações de ordem clínica e anátomo-patológica, e admitindo, como ponto de origem dos gliomas no caso em apreço, os germesependimais deslocados durante o desenvolvimento embrionário, pois os tumores estavam em pleno córtex cerebral, sem conexão com os ventrículos.

Hidrocefalia congênita. Estudo anátomo-clínico — Dr. Afonso Sette Junior — O autor não forneceu resumo.

A eletrencefalografia nos tumores intracranianos. Considerações sobre 9 casos cirurgicamente verificados — Drs. Paulo Pinto Pupo, Olavo Pazzanese e A. Matos Pimenta — Trabalho publicado na íntegra em "Arquivos de Neuro-Psiquiatria" 6: 1-22 (março) 1948.

Resumo: Os autores, trabalhando com um eletrencefalógrafo Grass, de 6 inscriteiros, trazem os seus primeiros resultados em casos de tumores intracranianos cirurgicamente verificados (além de 2 já publicados anteriormente). São eles em número de 9. No primeiro, um abcesso profundamente situado no lobo frontal era traduzido por ondas delta e figuras de reverso, no eletrencefalograma do lobo frontal correspondente, ao lado de alterações difusas no restante do hemisfério cerebral, melhoradas em EEG feito ulteriormente, em perfeita concordância com o edema cerebral e o quadro clínico de hipertensão intracraniana inicial. No segundo, ondas extremamente lentas, difusas por todo um hemisfério, com figuras de reverso préfronto-parietais e ondas teta, indicavam um glioma difuso e grandemente lesivo para o parênquima nervoso. No terceiro, disritmias paroxísticas predominantes se correlacionavam com antiga epilepsia devida a grande meningioma da foixe naquela localização. O caso 4 mostrava ondas lentas difusas por todo um hemisfério cerebral, de predominância pré-frontal, com figuras de reverso bem assinaladas, coincidindo com carcinoma metastático de grande volume, de localização subfrontal. O caso 5 mostrava alterações eletrencefalográficas localizadas, perietocipitais, à esquerda, coincidentes com

meningioma angioblástico para-sagital parietocipital. O sexto se refere a um tumor enorme e consistente, com aspecto de papiloma, que, do prolongamento temporal do ventrículo lateral, comprimia as formações cerebrais suprajacentes, cujo EEG evidenciava alterações focais nítidas frontais e temporais, com ondas delta e figuras de reverso bem caracterizadas. O caso 7, pelo contrário, evidenciava alterações eletrencefalográficas difusas por todo um hemisfério e repercutindo sobre a área frontal do hemisfério oposto, indicando lesão cerebral pré-central, concordando inteiramente com a clínica, com a ventriculografia e com o aspecto do cérebro na craniotomia frontoparietal, cujo exame histopatológico revelou tecido cerebral próximo a gloma maligno. Finalmente, as observações 8 e 9, com EEG normal, são, respectivamente, de um adenoma da hipófise e de um neurinoma do acústico, tumores que não afetam direta ou indiretamente os hemisférios cerebrais.

O material eletrencefalográfico apresenta alterações focais do tipo de ondas lentas, ondas extremamente lentas com figuras de reversão de fases, ondas teta ou disritmias epilépticas de início e predominância localizadas, nos casos de tumores bem delimitados, ou alterações difusas por todo um hemisfério com predominância em determinadas áreas e repercussão para áreas simétricas do hemisfério oposto, nos casos de tumores difusos e infiltrativos. Tais elementos mostram que o EEG, além do diagnóstico e localização dos tumores intracranianos, pode também fornecer elementos sobre o próprio tipo do tumor. Com tais resultados, os AA. consideram a eletrencefalografia um método de alto valor na semiologia dos tumores intracranianos.

Jalepat - Fígado, ferro, vitaminas
por via bucal

GADUSAN

O antitoxico da tuberculose

As micelas coloidais neutralizam as toxinas, o que explica a universalmente comprovada ação do Gadusan como desentoxicante do tuberculoso. "Fadiga, inquietação, febre, taquicardia, baixa da pressão arterial, anorexia, incapacidade digestiva, perda de peso, anemia e leucocitose" (Pottenger) — tal é o quadro decorrente da tubérculo-toxemia e que desaparece com injeções endovenosas de 5 ou 10 cc. de Gadusan, três vezes por semana. Esta posologia é tolerada sem quaisquer reações, mesmo pelos nafríticos.



**INSTITUTO TERAPEUTICO
ORLANDO RANGEL**

RUA FERREIRA PONTES, 148 — RIO DE JANEIRO



SESSÃO DE JULHO DE 1947.

Presidente: Dr. Fernando Oliveira Bastos.

Encefalopatia infantil. Resultados obtidos em sua terapêutica — Dr. Bernardo Blay Neto — Comentários: Dr. Mario Robertela — Tenho tido oportunidade de observar alguns casos semelhantes, na enfermaria do Prof. Paulino Longo, na Escola Paulista de Medicina, medicando-os com eletro, radio e sulfoterapia. Os resultados coincidem com os do Dr. Blay Neto, embora não sejam tão animadores, talvez porque nossos doentes sejam mais idosos. Nunca deixamos de fazer o tratamento geral e a radio-terapia. Deveria ainda ter em conta a medida dos ângulos, o que é de interesse para dar uma idéia mais completa do assunto. Um terceiro fato é a classificação pela etiologia, que é muito difícil. A melhor classificação é a de Gareiso, melhorada por Escardó, que permite diagnóstico mais pormenorizado.

Dr. Antonio Branco Lefèvre — A título de contribuição, desejaria lembrar alguns fatos. Tenho tido oportunidade de acompanhar alguns casos de encefalopatia infantil e, em geral, não aceito as informações paternas, que geralmente não correspondem à realidade dos fatos. Para determinação do nível mental e motor dos pacientes, tenho usado o processo de Ozevsky para os mais idosos e o de Gesell para os mais novos.

Dr. B. Blay Neto — O material que nos chega as mãos é geralmente de crianças de 1 a 2 anos de idade. Nossos casos são todos fichados desde o primeiro dia que nos aparecem; dêsse modo, os casos ficam bem pormenorizados. Sou de opinião que se deve levar em consideração a opinião dos pais, que pode ser valiosa para um diagnóstico mais positivo.

Emprego do curare em convulsoterapia. — Dr. Armando Caiuby Novais: Trabalho publicado na íntegra em "Arquivos de Neuro-Psiquiatria" 5: 347 358 (dezembro) 1947: Resumo — Curare, sob a forma de Intocostrin, foi usado

em um grupo de casos selecionado representando condições diversas que contra-indicavam a convulsoterapia não modificada. Foram realizadas 37 aplicações, sem a ocorrência de qualquer acidente traumático, verificando-se em todos os casos acentuada diminuição da rigidez tônico-clônica característica das crises provocadas pelos agentes convulsionantes. Com sua associação, o temor dos pacientes pela convulsoterapia se torna bastante reduzida e o mal-estar pós-paroxístico é menos intenso do que na terapêutica não modificada. A prostigmina, sendo um antidoto do curare, deve ser administrada em todos os casos em que a curarização se afigure muito pronunciada. A dose de 1 miligrama por quilo de peso é suficiente para determinar curarização satisfatória, aconselhando-se, entretanto, na primeira aplicação, o emprego de 10% menos da dose estipulada. Não verificamos a necessidade do emprego de doses de cardiazol maiores do que as utilizadas na cardiozoloterapia simples. São semelhantes os resultados clínicos obtidos com a convulsoterapia com ou sem curarização preliminar, o que demonstra que o curare não modifica a eficácia terapêutica dos agentes convulsionantes. Podemos concluir, do que acima ficou exposto, que a curarização preliminar constitui o meio ideal de eliminar com sucesso o risco de complicações traumáticas decorrentes da convulsoterapia, permitindo, por isso, o emprego das terapêuticas de choque a indivíduos que, diante de suas condições somáticas, não poderiam, de outro modo, ser tratados com segurança. Pelas vantagens que oferece a segurança de sua administração, poderia vir a substituir, não fôra razões sobretudo de ordem econômica, prática rotineira como modificador da convulsoterapia pelo cardiazol ou eletrochoque. Foram tais considerações, aliadas ao fato de serem estas as primeiras observações pu-

blicadas em nosso meio, que nos levaram à apresentação deste trabalho.

Comentários: Dr. Mário Yahn — Depois de felicitar o A. pelo brilhante trabalho apresentado, o Dr. Mario Yahn teceu rápido comentário sobre os casos de fratura durante convulsões terapêutica, e pelo curare.

Dr. Armando Caiuby Novais — Desejo acrescentar que os casos de fratura ocorridos durante as convulsões terapêuticas são muito raros entre nós para justificar o emprego de medidas de precaução. Os americanos têm por hábito tirar, antes e depois do tratamento, uma radiografia da coluna, para

verificar se houve fratura. Isso explica a diversidade de percentagens nesses casos, que, segundo Kirch, é de 7%. Bennet chama a atenção para os casos em que, mesmo sem o paciente se queixar de dor, pode ser encontrada fratura na quinta ou sexta vértebra dorsal. Com relação ao eletrochoque, a menor percentagem encontrada é de 4%. Já temos tido oportunidade de observar fraturas dessa natureza.

Dr. Fernando O. Bastos — Temos tido oportunidade de trabalhar com o Dr. Novaes, de maneira que temos observado que os resultados do emprego do curare são realmente excelentes.

SESSÃO DE 5 DE SETEMBRO DE 1947.

Presidente: Dr. Fernando Oliveira Bastos.

Contribuição ao estudo estatístico da paralisia geral. I — Período de incubação: Dr. Cyriaco Amaral Filho e Waldemar Cardoso — Comentários: Dr. Tarcisio Cintra — Peço esclarecimento sobre se, no caso de incubação prolongada, o doente fôra submetido a tratamento prévio e se o tratamento químico específico influi no período de incubação.

Dr. Cyriaco do Amaral — A questão do tratamento prévio é muito precária, pois a família dos doentes geralmente informa mal. Assim, não procuramos esses dados. As opiniões sobre a questão variam muito, não estando bem assentado se faria bem ou mal um tratamento anterior. Esse problema do período de incubação está na dependência de muitos fatores.

Loucura a dois (a propósito de seis observações): Prof. Pacheco e Selva e Dr. J. Carvalho Ribas — O trabalho será publicado na íntegra, num próximo número desta revista.

Colesteatoma intra-raqueano: Dsr. Aloysio Matos Pimenta e Fernando Oliveira Bastos — Os autores não forneceram resumo: Comentários: Dr. Oswaldo Lange — Pergunto se, no caso apresentado, foi feita a reação de Wasserman

no líquido cefalorraquidiano. Estamos com a atenção voltada para essa questão desde o relato, nesta sociedade, de um caso do Dr. Roberto Melaragno. Tratava-se de um colesteatoma do quarto ventrículo. A doença evoluiu durante muito tempo. Creio que muitos dos presentes conhecem esse caso, pois que o doente esteve internado no Juqueri, no Sanatório Jabaquara, na Escola Paulista de Medicina e na Santa Casa. A sintomatologia fazia pensar em "esclerose em placas". Num certo momento, o exame do líquido cefalorraqueano forneceu uma reação de Wassermann positiva e os médicos que assistiam ao doente na ocasião foram levados a fazer o diagnóstico de sífilis nervosa, indicando a malarioterapia. Correndo a literatura sobre colesteatomas nada encontramos a esse respeito. Temos entretanto, 2 ou 3 casos fichados em que a reação de Wassermann resultou positiva. Possivelmente a colestérina desses colesteatomas teria agido sensibilizando os antígenos e provocado a positividade da reação. É apenas uma hipótese que necessita de comprovação.

Dr. Fernando O. Bastos — O problema da reação de Wassermann ainda é muito discutido. A

literatura que li, e que devo dizer que não foi completa, não traz nada assentado sobre a positividade da reação de Wassermann nesses

casos. Sobre a questão da colestérina, só posso aceitar a discussão porquanto não estou ao par do assunto.

SESSÃO DE 24 DE SETEMBRO DE 1947.

Presidente: Dr. Fernando Oliveira Bastos.

Psicogênese e determinação pericial da periculosidade: Prof. Carilho: Resumo — Estuda o A. neste trabalho a psigênese e determinação pericial da ericulosidade. Refere-se inicialmente aos novos rumos da pericia psiquiátrico-criminal que, além de considerar os problemas concernentes à questão da responsabilidade, terá que estudar o da periculosidade dos delinquentes da reincidência delituosa. Julga que este assunto entra de pleno direito no âmbito pericial psiquiátrico não sendo admissível que a determinação na periculosidade seja unicamente função do juiz e prescindir de provas técnicas nos Hospitais Psiquiátricos gerais, para conhecimento da potencialidade criminal dos internados e consideração profilática da periculosidade pré-delituosa.

Estuda as cousas sociais e individuais da periculosidade, detendo-se particularmente na questão da

desorganização e liberação dos instintos e nas preações anormais da personalidade, dentro do conceito de predisposição e incidência. Passa a considerar o diagnóstico geral da periculosidade, que não exige apenas a determinação da doença psíquica, mas, principalmente, o conhecimento exato dos fatores que integram a personalidade. Considera, para o diagnóstico, os motivos e circunstâncias dos crimes, na integração do chamado "valor sintomático do delito".

Passa em revista as várias fórmulas e perfis psicológicos para verificação da periculosidade. Estuda a "presunção da periculosidade", dentro da orientação do Código Penal Brasileiro, em suas relações com a psicopatologia. Enumera-se e estuda, por fim, as formas legais e clínicas da periculosidade, dentro dos imperativos da defesa social.

SESSÃO DE 5 DE NOVEMBRO DE 1947.

Presidente: Dr. Fernando Oliveira Bastos.

Contribuição ao estudo estatístico da paralisia geral. III Antecedentes atílicos e paralisia geral: Drs. Cyriaco Amaral Filho e Waldemar Cardoso: Comentários: Dr. Antonio B. Lefèvre — Gostaria de saber se é possível fazer uma estatística, sobre os antecedentes atílicos desses doentes para ver se

os paralíticos gerais não estão incluídos nesse mesmo grupo.

Dr. Cyriaco Amaral — Não fizemos esse estudo, porque isso num Hospital seria um trabalho muito grande. Autores como Edith Furbush e Dayton fizeram tais estudos e verificaram que a percentagem de paralisia geral é maior.

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

RUA BRAULIO GOMES, 25 - 4.º ANDAR — FONES: 4-7744 E 8-5445

"Eficiente quimioterapia tópica", anti-infecciosa pela prolongada concentração salivar da Sulfadiazina



**Efeito
hemostático
pela
Sulfadiazina.**

Tratamento local direto das feridas septicas da garganta e da boca, das amigdalites e faringites agudas, gengivites e estomatites infecciosas.



LABORATÓRIO YATROPAN LTDA.

Seção de Propaganda:

PARQUE D. PEDRO II, 870-876 — TEL. 3-5916
(Rêde interna) — São Paulo

Direção científica: Farm. FAUSTO SPINA

SESSÃO DE 5 DE DEZEMBRO DE 1947.

Presidente: Dr. Fernando Oliveira Bastos.

Arteriografia cerebral em neuro-psiquiatria: Drs. Aloysio Matos Pimenta e Celso Pereira da Silva: Resumo — Os AA. apresentam 21 casos de arteriografia cerebral em neurocirurgia discutindo o problema da técnica cirúrgica, radiológica, dos contrastes e das indicações neurocirúrgicas. Após exposição do material, apresentam as seguintes conclusões:

1 — O número de casos estudados não permite conclusões definitivas; 2 — Sob o ponto de vista da técnica cirúrgica e radiológica, a arteriografia cerebral constitui método que pode ser incorporado à rotina neuro-cirúrgica; 3 — É sempre útil em neuro-cirurgia prática a arteriografia cerebral nas incidências lateral e sagital (postero-anterior ou antero-posterior), sendo a solução ideal o emprego das radiografias simultâneas com dois tubos de raios X; 4 — Não temos experiência suficiente para indicar o contraste, todavia em nossa prática o Thorotrast não determinou reações imediatas, dando ótimo contraste, mas é condenável o seu emprego por não ser eliminado e ser radio-ativo. O Uroselectan B 50% preencheu as finalidades práticas embora em certos

casos tenha produzido crises convulsivas. O Nosylan a 50% deu bom contraste, sem crise, em 1 caso em que foi utilizado (20 cc. 2 vezes); 5 Sob o ponto de vista radiológico temos obtido a Arteriografia cerebral de modo sistemático, mas a angiografia, isto é, a obtenção da flebografia ainda não está sistematizada; 6 — Sob o ponto de vista neuro-cirúrgico e Arteriografia cerebral é um meio semiológico que fornece dados de localização da natureza e da vascularização dos processos intracranianos; 7 — Sob o ponto de vista de localização a Arteriografia é, ainda, inferior à Ventriculografia, nas condições atuais de nossos conhecimentos. Acreditamos, porém, que com maior experiência, a sua interpretação permita a obtenção de dados localizatórios mais precisos; 8 — Sob o ponto de vista do diagnóstico da natureza da lesão tumoral a Arteriografia é superior à Ventriculografia; 9 — Em relação aos acidentes a Arteriografia cerebral parece superar à Ventriculografia; 10 — Além das indicações neuro-cirúrgicas a Arteriografia cerebral é um método a ser usado em neurologia e psiquiatria.

SESSÃO DE 17 DE DEZEMBRO DE 1947.

Presidente: Dr. Fernando Oliveira Bastos.

Secção de Pediatria e com a Sociedade Paulista de Medicina e Higiene Escolar: Higiene mental na primeira infância: Prof. Pedro de Alcântara: Resumo — O A. traça, em linhas gerais, os problemas da educação das crianças, na primeira infância, apontando as inúmeras falhas que irão, mais tarde, influir decisivamente na sua formação mental: Higiene mental da segunda infância: Dr. Durval Marcondes: O conferencista definiu a higiene mental como aspecto característico da moderna assistência psiquiátrica. A higiene mental é a aplicação dos recursos da psiquiatria ao indivíduo mentalmente

são ou àquele que apresenta os primeiros sinais de uma dificuldade em seu ajustamento psíquico. Com a ampliação dos contactos sociais e o consequente aumento das solicitações exteriores, constitui a idade escolar um período em que surgem com bastante frequência as manifestações de desajustamento, traduzidas nos chamados problemas da personalidade e da conduta. O orador enumerou, então, os diferentes problemas que se apresentam na clínica de orientação infantil de São Paulo, passando-os em revista na ordem de sua incidência. Estudou, em seguida, a gênese desses proble-

mas, pondo em foco, de modo especial, sua etiologia psíquica. Eles decorrem, essencialmente, de um desequilíbrio entre as necessidades opostas de dependência e de emancipação da criança, surgindo naqueles casos em que, num ou noutro sentido, existe uma desproporção entre as exigências exteriores e as possibilidades de maturação psíquica do indivíduo. O conferencista passou, então, a apontar os meios de tratamento, dizendo que a orientação moderna consiste em atacar o problema através de diversas técnicas, de modo a atingir as diferentes categorias de fatores que intervêm na sua formação. Reunem-se, assim, os recursos da medicina orgânica, da

psicologia e do trabalho social. O orador prosseguiu estudando o papel da escola na higiene mental, pondo em destaque a significação de seu elemento dinâmico, que é o professor. Salientou a necessidade, para o mestre, não só de conhecimentos técnicos no assunto, como também e sobretudo de uma personalidade sadia, que é condição essencial para a boa formação da personalidade de seus alunos. Finalizando sua palestra, referiu-se o Dr. Durval Marcondes à importância do bom ajustamento psíquico do professor, o qual decorre de várias circunstâncias, entre as quais estão as condições em que é feita sua carreira profissional.

SECÇÃO DE CIRURGIA EM 10 DE MAIO DE 1947.

Presidente: Dr. João Montenegro.

Perfuração em peritônio livre de divertículo do sigmoide — Dr. Piragibe Nogueira — O autor comenta a atologia dos divertículos denominados secundários, referindo-se particularmente aos divertículos dos colos, dos quais relata as complicações que tem observado em sua experiência.

Focaliza especialmente a perfuração que é de regra protegida e a sua evolução para um abscesso do qual pode resultar uma fistula e chama a atenção para a possível ruptura de uma peridiverticulite abecada na luz da bexiga, ou de outra viscera que faça parte do bloco delimitante. Justifica sua comunicação apresentando, com dados operatórios e radiológicos, dois casos de perfuração, um deles em peritônio livre. Esta complicação verificou-se num divertículo do sigmoide e não foi precedida clinicamente de diverticulite.

O exame macro e microscópico do divertículo também não revelou caracteres patológicos, tendo os seus elementos e a sua estrutura o aspecto comum verificável nos divertículos secundários.

Empiemas pútridos — Dr. Nairo França Trench — Após rápidas considerações sobre a etiologia dos empiemas pútridos, seus diagnósticos e suas peculiaridades anatomo-patológicas, o A. expõe a orientação dominante e seus fundamentos fisiopatológicos até o advento dos antibióticos. Falando sobre a etiologia, insiste sobre o papel dos pequenos abscessos pútridos subcorticais, que podem passar despercebidos, sendo o empiema a dominante clínica.

Apresenta a seguir os resultados obtidos com o tratamento por copiosas lavagens pleurais e instilação de 100.000 a 200.000 unidades de penicilina na cavidade. Descreve a técnica empregada e o critério, que deve ser observado para abandonar o tratamento e recorrer à cirurgia.

De dezembro de 1946 a abril de 1947 (cinco meses) empregou esse método terapêutico em 9 casos de empiema pútrido. Destes, 5 curaram-se sem operação e rapidamente. Em três casos o tratamento conservador fracassou e os pacientes curaram-se pela intervenção cirúrgica. Em 1 caso, tratava-se de empiema tuberculoso super-

infectado e com duas lavagens e instilação de 200.000 unidades de penicilina na cavidade o paciente saiu das condições precaríssimas

em que estava e o derrame tornou-se serofibrinoso até o dia em que foi encaminhado a uma estação climática.

SECÇÃO DE CIRURGIA EM 10 DE JUNHO DE 1947.

Presidente: Dr. João Montenegro.

Pancreatectomia total por carcinoma do pâncreas — Dr. David Rosenberg — Após analisar sumariamente os 14 casos de pancreatectomia total da literatura mundial, o A. apresenta o seu caso, que será o 15.º da literatura mundial e o 1.º da literatura brasileira e sul-americana.

Trata-se de 1 homem de 57 anos, portador de 1 Ca extenso do pâncreas, porém não aderente aos órgãos vizinhos, o que permitiu a sua extirpação. O paciente foi operado no dia 20-2-47 sob anestesia raqueana + ciclo + éter. Foi feita uma pancreatectomia total, duodenotomia total, gastrectomia parcial, extirpação das porções retro-duodenal e pancreática do colédoco; esta massa foi extirpada "em bloco", fazendo a reconstrução do trânsito por gastrojejunostomia termino-lateral pré-cólica anisoperistáltica, e colédoco-jejunosomia termino-lateral proximalmente em relação à gastro-entero. A operação foi feita num tempo só, tendo durado 5 horas. O paciente teve uma sobrevida de 12 horas.

Analisa o A. uma série de problemas técnicos como seja, o da via de acesso, o da operação em 1 ou 2 tempos, mostrando-se favorável à operação em 1 só tempo. Refere-se às indicações da pancreatectomia total. Analisa as várias técnicas de reconstrução da via digestiva, concluindo por preferir a gastro-jejunosomia termino-lateral pré ou transmesocólica anisoperistáltica. Na reconstrução da via biliar critica as anastomoses biliodigestivas feitas com a vesícula biliar, mostrando seus inconvenientes, preferindo a colédoco-jejunosomia termino-lateral ou termino-terminal, sendo importante fazer esta anastomose proximal-

mente em relação à G. E. a fim de evitar a infecção excedente das vias biliares. Analisa as perturbações digestivas consequentes à falta de secreção externa do pâncreas, fazendo um apanhado dos trabalhos experimentais existentes; estuda sumariamente o problema do liocáico, concluindo ser vantajoso nos casos de pancreatectomia facial fazer a recondução do suco pancreático por meio de uma anastomose pâncreo-digestiva ou pancreático-digestiva. Estuda finalmente as perturbações decorrentes da falta da secreção interna do pâncreas, mostrando que os pacientes apresentam um diabetes brando, controlável por pequena dose diária de insulina, sendo mesmo sensíveis à insulina que deve ser administrada sob vigilância. Conclui mostrando que si bem que a mortalidade operatória da pancreatectomia seja ainda muito elevada (53,3% nos 15 casos de pancreatectomia total), não é de molde a impedir o avanço da cirurgia neste campo, como já o fez em outros territórios antes também considerados inabordáveis pela elevada mortalidade.

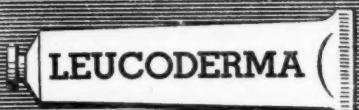
Comentários: Dr. Cassio Montenegro — Tudo quanto tenho lido e pensado sobre o assunto me faz que cada vez mais siga uma conduta conservadora. Os casos de sarcoma da cabeça do pâncreas, que tive oportunidade de acompanhar, alguns operados, deixaram-me a impressão, não sei se certa ou errada, de que o problema é muito difícil e precisa de ser encarado com cuidado. Os tumores pequenos são praticamente indagnosticáveis, não existem meios clínicos que permitam diagnosticá-los. Evidentemente a biopsia dará resultados negativos. Fazer pancreatectomia por julgar que exis-



ACNE, ECZEMAS SE-
BORREICOS, FOLICULI-
TES, PITIRIASIS VER-
SICOLOR, ERITRASMA



PIODERMITES, IMPETI-
GENS, ECZEMAS INFE-
TADOS E FERIDAS
SUPURADAS.



RACHADURAS DOS
SEIOS, ERUPÇÕES
DA PELE E DERMA-
TOSES DOS BEBÊS



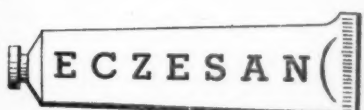
ACNE - HYPERTRICOSE
PRURIDO VULVAR
HYPOPLASIA MAMÁRIA



DERMITES, ERITEMAS,
QUEIMADURAS DE SOL
E TODOS OS PROCES-
SOS EXSUDATIVOS
DA PELE.



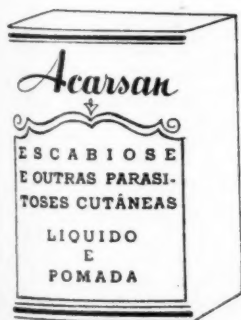
ÚLCERAS VARICOSAS,
ÚLCERAS TÓRPIDAS,
ESCARAS DE DECÚBITO



ECZEMAS AGUDOS E
SUB-AGUDOS,
PRURIGOS, PRURIDOS



PSORIASIS, ECZEMAS
SÊCOS E CRÔNICOS,
LIQUENIFICAÇÕES



**LABORATORIOS
BIOSINTETICA S.A.**

SÃO PAULO - Praça Olavo Bilac, 105 - Fone 51-5621
RIO DE JANEIRO - Rua Buenos Ayres, 17 - 1.º and. - Fone 43-9161
CURITIBA - Rua Emiliano Perneta, 303 - Fone 4-637

te um tumor na cabeça do pâncreas, é uma audácia do cirurgião, que não se justificaria, a não ser em se tratando de uma pessoa muito familiarizada com os problemas metabólicos postos em jogo, e de uma técnica muito grande.

Em relação aos tumores maiores o que se verifica é que a operação não é uma operação positiva, mesmo que se indique a pancreatectomia total, porque a infiltração já é bastante pronunciada e provavelmente os resultados tardios não serão favoráveis. Nunca vimos praticar uma pancreatectomia total com bons resultados. Continuamos a insistir que num momento dado as dificuldades técnicas, etc., atrapalham, visto que a fisiologia ainda não mostrou um meio de se controlar os acidentes dos quais o choque é o primeiro e é por isso que acho que não é razoável a indicação da pancreatectomia total. Digo isso porque tenho acompanhado com carinho o desenrolar do problema; procuramos resolver todos os casos baseados no princípio de que tudo é feito em favor do doente. E' preciso zelar pelo prestígio da cirurgia e respeitar a vida alheia. Mesmo a família dos doentes já se recusam a deixar operar o paciente, porque naturalmente já sabem de outros casos de câncer dentro da mesma família ou de amigos, que faleceram na operação ou imediatamente depois dela. Dai o descrédito da cirurgia, e dizem "não adianta nada". Como estes casos tenho visto mais de um doente se recusar, embora se tratando de tumor pequeno, e vai morrer em casa. Essa minha convicção mais se acentuou acompanhando os casos de pancreatectomia e câncer gástrico, cuja mortalidade é muito grande.

Quanto à indicação da pancreatectomia na pancreatite aguda acredito que tenha aplicação e como acabamos de ouvir já existe um caso operado. Há casos em que seria uma temeridade tentar a intervenção, porque o doente não sairia vivo da mesa de operação. Ai surge uma interrogação muito séria; não dará nesses casos um

resultado ótimo o tratamento expectante? Temos visto a evolução satisfatória de muitos casos não operados. E' preciso que se tenha um senso de critica muito apurado porque o problema é muito complexo e com pontos controvertidos. E' preciso que nos aproximemos do problema friamente sem idéias preconcebidas.

Dr. João Montenegro — Desejo felicitar o autor pelo brilhante trabalho apresentado. Não estamos de acordo com o dr. Cássio, porque de um lado as intervenções servem para mostrar as deficiências e de outro para indicar a trilha para o aperfeiçoamento cada vez maior dos cuidados operatórios. Estamos entretanto de acordo com a questão do diagnóstico e que o doente precisa ser muito bem operado. Nesse particular lembraremos um caso que foi diagnosticado como tumor da cabeça do pâncreas, o doente foi operado e retirou-se um ganglio do pâncreas, verificando-se então que se tratava de uma blastomiose, que sairia muito bem com a sulfadiazina. Penso que o diagnóstico deve ser muito bem feito e preciso. Teremos de recorrer a dois processos: biopsia, ou então durante a intervenção fazer um corte e examinar esse corte. Isso implica na necessidade de um laboratório junto à clínica. De modo que uma vez acertado o diagnóstico se poderia fazer uma operação mais ou menos extensa. Mesmo em se tratando de tumores pequenos e profundamente localizados deve-se aprofundar o bisturi e extirpá-los. Esta era a reserva que queria fazer.

Dr. David Rosenberg — O que o dr. Cássio está dizendo não me parece muito aceitável, se o tumor foi pequeno não é diagnosticável e se for grande não se deve operar. Se formos analisar o que acontece em outros territórios orgânicos, como no Ca do esôfago, do pulmão, do estômago, etc., veremos que o sr. não está certo. Não sei porque devemos retroceder; clínicas como a de Mayo a "Escola de Boston" e a de Chicago, que são as grandes escolas, fazem essa operação.

Em 1944 havia 104 casos operados de modo que não vejo a grande audácia do cirurgião diante dessas operações ou da porcentagem de mortalidade. O não fazer nada diante de um caso de Ca é que demoraliza a cirurgia.

Panorama das doenças abdominais — Dr. João Montenegro — O A. salienta a necessidade de se ter uma noção de conjunto, aproximadamente exata, das doenças abdominais, para se poder avaliar as possibilidades diagnósticas de cada uma individualmente.

De um modo geral e sem pretender fazer classificação rígida ou

completa, agrupadas em cirúrgicas e médicas, assim esquematizadas:

Cirúrgicas (95% das operações, mais ou menos) — Úlceras pépticas do estômago e duodeno; apendicite aguda ou não; colecistite aguda ou calculosa; obstrução intestinal (hérnias, estenoses, etc.); carcinoma do estômago ou útero; tumores e cistes ovarianas; fibromatose uterina; anexites.

Cirúrgicas (5% das operações, mais ou menos) — Enterite regional; diverticulite; pancreatite; doenças esplênicas; cistes e tumores em geral; abscessos hepáticos, subfênicos, etc.; outras raridades.

Médicas (80%, mais ou menos)

Colite crônica

Entero-colite crônica

Apendicite crônica

(pseudo apendicite)

Colecistite crônica

(pseudo colecistite)

Gastrite crônica

Discinésias digestivas

Cólon irritável

Irritabilidade digestiva

Neurose abdominal

Alergia digestiva

Insuficiência hepática

Hipotonias

(doença de Glenard)

Vermes

Amebas

Bactérias

Médicas (20%, mais ou menos) — Colites e entero-colites agudas; colites ulcerativas (amebianas, bacterianas, etc.); hepatites agudas; cirrose hepática; tuberculose entérica ou peritoneal; outras raridades.

As doenças cirúrgicas e a menor fração das médicas têm, em regra, lesões anátomo-patológicas bem definidas e constantes ou etiologia conhecida e são, na grande maioria, de fácil e seguro diagnóstico desde que se faça boa anamnese e exame propedêutico e se recorra ao auxílio dos raios X, à endoscopia, às entubações, aos exames de laboratório e, ocasionalmente, à celiotomia exploradora. Também o tratamento é, nesses casos, muito satisfatório.

Mas as doenças que integram o maior grupo da divisão médica não apresentam, em regra, lesões anátomo-patológicas bem definidas e constantes, apreciáveis aos atuais métodos de exploração. As dificul-

dade de se chegar a diagnóstico exato são frequentemente insuperáveis e por isso elas têm de muito atrazado nossos conhecimentos da patologia abdominal. Elas podem conduzir erradamente ao diagnóstico de entidades bem definidas ou se enxertarem na sintomatologia daquelas, pondo em cheque a terapêutica aparentemente bem indicada e baralhando as conclusões do tratamento. Tentam uns, fazer diagnósticos anátomo-patológicos e chamam-nas colites ou colecistites catarrais, etc.; outros mais cautelosos preferem designações fisiopatológicas, por exemplo, discinésias digestivas, cólon irritável, neurose abdominal, etc.; finalmente, há os que atribuem à vermes, protozoários e bactérias. Sem negar as possibilidades dessa fauna e flora poderem desempenhar um papel secundário agravante nesse grupo, nossa experiência nos leva a crer não estarem ainda esclarecidas a etiologia e patologia.

PHILERGON - Fortifica de fato

SECÇÃO DE CIRURGIA EM 10 DE JULHO DE 1947.

Pancreatite aguda consequente à obstrução do canal de Wirsung, por ascaris — Drs. Cássio Montenegro, Primo Rui e Roberto Millan — Os AA. comunicam um caso de pancreatite aguda hemorrágica consequente à obstrução do ducto de Wirsung por um "ascaris lumbricoides". Apresentam a observação clínica, os dados operatórios e de necropsia e a peça anatômica.

Teem comentários gerais a respeito dos problemas diagnóstico, etiopatogênico e terapêutico. Lembram a importância da prova de Loewi, a determinação da amilase, o estudo radiológico; acentuam o interesse do caso, como um apoio à teoria canalicular na gênese das pancreatites, isto é, obstrução do ducto-pancreático e reativação de fermentos.

Quanto à terapêutica mostram as dificuldades na escolha de uma conduta conservadora ou cirúrgica.

Observação: J. O. R., 26 anos, branco, masculino, brasileiro, casado, operário. Data de entrada: 19-1-947; diagnóstico pré-operatório: úlcera gastroduodenal perfurada; diagnóstico pós-operatório: Pancreatite hemorrágica.

H. M. A. — Ontem amanheceu com dor fraca no epigástrico, que às 9 horas aproximadamente transformou-se em dor violentíssima, tendo o paciente impressão de morte próxima. Generalizou-se por todo abdômen, não evacuando nem eliminando gases desde então. A última vez que urinou foi ontem às 10 horas. Nauseas e vômitos. Nunca teve dor semelhante, nem qualquer dor epigástrica. Refere azia noturna há 4 anos, num curto período em que trabalhou à noite. Sialorreia constante. Nenhum alimento lhe faz mal. Exame físico: Tratava-se de um acidente de pericúlo adiposo avantajado. No momento em que foi examinado contorcia-se de dores. P. A. 130 x 110, Pulso: 128, Temp. axilar, 36,6. Apresentava defesa abdominal ge-

Presidente: Dr. João Montenegro.

neralizada. Dor intensa a palpação superficial e a decompressão em todo abdômen, principalmente no epigástrico. Palpação profunda impossível de se realizar. Maciez hepática presente. Radioscopia: Tórax — Abdômen: Não havia pneumo-peritônio. Cateterismo vesicar: Retirou-se 50 cc. de urina. Operação: Data: 19-1-947. Hora: 12,10. Anestesista: Dr. José Monteiro. Anestesia Geral pelo ciclopropaneter, usando-se circuito fechado com intubação endotraqueal. Aparelho Heidbrink. Ao iniciar-se a anestesia a P. A. era 120 x 90. Operação: Constou de uma laparotomia supra-umbilical, para-mediana D, para-retal interna. Logo que se abriu a cavidade encontrou-se o grande epiploon edemaciado com numerosas manchas brancas de citosteatonecrose. Aspirou-se aproximadamente 1.000 cc. de líquido hemorrágico da cavidade. A vesícula biliar apresentava-se tensa. Foi aspirada bile verde-escura e espessa. Não se encontraram cálculos quer na vesícula, quer no cístico e colédoco. Foi feita uma colecistostomia e drenagem da loja subhepática. Penetrou-se na retrocavidade através do ligamento gástro-cólico. O pâncreas encontrava-se com grandes áreas de cor vermelha-escura encoberta de líquido serohemorrágico. Drenagem da retrocavidade. Ao terminar a operação, durante a qual o paciente recebeu 500 cc. de sangue a P. A. era 90 x 60. O doente apesar da medicação enérgica a que foi submetido entrou em choque às 20-1, apresentou-se novamente em choque, falecendo às 4 horas. A sua temperatura que na tarde da operação havia subido para 38,9, atingiu 40,5 na madrugada do dia 20. Exames complementares: (Material colhido durante a op. ou logo depois): 1. Glicemia, 122 mg. por 100 ml; 2. Amilase; Sangue: 1.855 unidades por 100 ml; Líquido peritoneal: 2.520 unidades por 100 ml; Líquido vesicular: 2.500 unidades

CADA A

Principio
Extrato
ViAMPOL.
hepática
açõesLÍQUIDO
es - A

LABO

CHOLFIG

Ampolas

CADA AMPOLA CONTEM 2 CC.

CHOLFIG

Liquido

CADA VIDRO CONTEM 125 CC.

Princípio ativo de alcachofra (cristalizado)
Extrato de Fígado altamente concentrado
Vitamina B₁ — Vitamina B₂

Colina Clorureto — Formina — Extratos
de Alcachofra e Jurubeba — Glicerina —
Peptona de Witte — Sulfato de Magnésio

Aplicações

AMPOLAS: (Via intramuscular) — Insuficiência
hepática — Toxi-infecções — Ictericias — Intoxi-
cações medicamentosas — Nefrites — Anemias.

LIQUIDO: Moléstias do aparelho digestivo — Coli-
tas — Auto-intoxicações — Cirrose — Fermentações.



LABORATORIO XAVIER * João Gomes Xavier & Cia. Ltda.

Rua Tamandaré, 553 — São Paulo

por 100 ml; 3. Pesquisas de pigmentos biliares no líquido peritoneal: negativa; 4. Takata-Ara: negativo, 00011100; 5. Bacterioscópico do líquido vesicular: sedimento apresentando pequenos flocos de muco. Ausência de elementos morfológicos.

Necrópsia — S. S. 4. 133-47, Dr. Loes, D. Anat. Patol. Fac. Medicina.

Cavidade abdominal: Grande epíplon, mesentério, e os mesos apresentam-se com manchas esbranquiçadas, secas, semelhantes à espermacete. A raiz do mesentério e o meso-colon transversos são de cor vermelho escuro, hemorrágicos. Estômago e intestino: (—). Fígado: — Pesando 2.100 grs. Um pouco aumentado de volume. Tonalidade amarelada. Vias biliares extra-hepáticas de aspecto normal. Vesícula biliar de mucosa congesta. Pâncreas: Tecido gorduroso peripneumático com focos de necrose. Certas áreas da cabeça, grande parte do corpo são de cor vermelha escura, de consistência um pouco diminuída, revelando-se ao corte desaparecimento da estrutura lobular. A superfície de corte, onde o parênquima está mais conservado, apresenta manchas esbranquiçadas semelhantes às do tecido gorduroso de sua superfície exterior. Ducto de Wirsung: obstruído em quasi toda a sua extensão por *Ascaris* que têm a espessura correspondente a este ducto. O ducto está livre somente na sua porção mais próxima do duodeno.

Ferimentos do coração. Comentários sobre 9 casos do Pronto Socorro do Hospital das Clínicas —

Drs. Rui Ferreira Santos, A. Dino de Almeida e F. C. Silva Teles. — 9 casos de ferimento cardíaco são apresentados e comentados, para divulgação da experiência do Serviço de Pronto Socorro do Hospital das Clínicas. A sintomatologia é estudada, com referência aos quadros complicados de hemotórax ou hemorragia externa, sendo analisado o valor dos diversos sinais clínicos e radiológicos. A importância da sede da lesão externa é repetidamente encarecida: quando está na área de Ziedler, mesmo que os sintomas sejam pobres, deve determinar o mais atento exame do paciente e sua observação vigilante, para surpreender qualquer sinal de piora dos sintomas circulatórios e levar ao tratamento oportuno.

Discute-se a conduta terapêutica, com preferência pela orientação intervencionista, considerada a relativa benignidade da toracotomia e a temeridade que consiste em confiar demasiado nas chamadas curas espontâneas de que se conhecem acidentes tardios fatais, relatados na literatura.

Somente a via intercostal parasternal transpleural do 5.º espaço e a incisão longitudinal mediana transternal foram usadas nos casos operados. Os autores acreditam que são em geral suficientes, preferindo-se a primeira para as lesões à esquerda e a última para as situadas à direita da linha mediana. Nenhuma vez se usou qualquer via combinada costo-esternal ou toraco-freno-abdominal. As circunstâncias determinantes das 5 mortes são estudadas, bem como a evolução dos 4 casos salvos.

SECÇÃO DE CIRURGIA EM 11 DE AGOSTO DE 1947.

Presidente: Dr. João Montenegro.

Hepatites simulando colecistites — Dr. João Montenegro — O principal objetivo do A foi ventilar a questão das hepatites infecciosas a vírus, em nosso meio e salientar a possibilidade de diagnóstico errado de colecistite em alguns casos. Durante a última guerra a etiolo-

gia da chamada icterícia catarral foi esclarecida e sabe-se, agora, principalmente na bacia do Mediterrâneo onde constituiu a causa mais frequente de baixas (não mortes) nos exércitos. Era pois natural que as raças exaltadas desses vírus se estendessem a todos

os demais países, senão em forma epidêmica, por faltarem as condições de promiscuidade de guerra, pelo menos em forma endêmica mais acentuada.

A atenção do A. foi despertada pelo seguinte caso de um doente da 4.ª E. C. H. da Santa Casa.

L. G., obs. 1399. Paciente de 50 anos. Há 10 anos vinha padecendo de dores periódicas transversas no epigástrico, que se instalaram após um surto disenterico. Prisão de ventre de 2-3 dias alternando com 2-3 evacuações diárias. Nos últimos dois meses instalou-se sorrateiramente leve icterícia conjuntival e nesse período teve dois surtos dolorosos, porém sem cólicas. Ao exame propedêutico notou-se fígado um pouco aumentado e no epigástrico, mais à direita, havia leve saliência muito dolorosa à palpação e certo grau de defesa muscular. Temperatura normal e ocasionalmente subfebril. Exame radiológico do estômago e duodeno: negativo. Colecistografia contrastada não mostrou a vasícula; o ponto cístico era muito doloroso. Foi operado com o diagnóstico de colecistite, possivelmente calculosa. Aberto o abdome verificou-se que a saliência

dolorosa do epigástrico era formada pelo lobo esquerdo do fígado que sobrepunha o direito em velocidade de aumento ficara encarcerado entre o diafragma e o ligamento falciforme do fígado. A vesícula era de aspecto normal, porém cheia de bile verde escura, fluida e levemente floconosa; cultura deu vacilos do grupo coli. Não foi praticada a colecistectomia. O fígado era francamente inflamatório, tinha cor de cereja e apresentava depressões lineares acinzentadas; a biópsia revelou forte hepatite exsuda-poliferativa fartados ao longo do ligamento hepato-duodenal. O colédoco levemente dilatado e o pâncreas aparentemente normal à palpação. Operado há 10 meses, restabeleceu-se da intervenção mas continua icterico, parecendo caminhar para a cirrose, ocorrência rara, mas já assinalada por alguns autores.

Desde então, vários outros casos de hepatite foram vistos inclusive o do técnico do laboratório, que parece ter contraído a doença desse paciente. O técnico sarou. Não há dúvida que a doença ganha terreno em nosso meio e estar de sobreaviso é melhorar os diagnósticos.

SECÇÃO DE CIRURGIA EM 10 DE SETEMBRO DE 1947.

Presidente: Dr. João Montenegro.

Câncer do pulmão. Comentários técnicos e técnicos sobre um caso de pneumectomia — Drs. A. Dino de Almeida e Jorge Ferreira — Comentários: Dr. João de Lorenzo — Depois de elogiar o trabalho apresentado fez as seguintes considerações: Achei a questão da biópsia muito interessante. Existem, entretanto, casos em que a biópsia apresenta inconvenientes. É o que acontece, por exemplo, com os casos de pâncreas, onde há o inconveniente do cirurgião muitas vezes não atingir o tumor e ser então levado a um engano. Lembro-me de um caso em que o dr. Cassio Montenegro fez a autopsia e não pôde chegar a um diagnóstico positivo antes de 15 dias, certifi-

do-se então não tratar-se de câncer mas de uma pancreatite. Fazer uma biópsia muito profunda também não é conveniente, por causa do traumatismo. Em outras ocasiões a biópsia é de grande importância. Lembro-me de dois casos interessantes. O primeiro tratava-se de um tumor no reto com diagnóstico de câncer, sendo feita uma ressecção do reto e encontrado um tumor que invadia uma parte do istmo do útero. Foi feita uma istmotomia e retirado um nódulo que estava infeccionando o ureter. O caracter era de um câncer, mas verificamos tratar-se de uma "endometriose". O outro é um caso recentemente operado por mim. Tratava-se de um jovem de 33 anos

com um tumor no estômago e invasão no lobo esquerdo do fígado e pâncreas. Desejava fazer uma pancreatectomia total e uma ressecção do fígado, mas resolvi fazer uma biopsia e verifiquei tratar-se de tuberculoma. Quanto ao processo de congelação tenho a dizer que não sou anátomo-patologista, mas penso que não é tão bom quanto os outros. Quanto à questão da anestesia, já em 1938, em trabalho publicado, admirava-me que não se empregasse a anestesia endotraqueal, de maneira que o uso dela atualmente, vem me trazer grande satisfação.

Dr. João Montenegro — Após elogiar o brilhante trabalho do Dr. Dino de Almeida fez as seguintes considerações: Gostaria de frisar a resolução que tiveram de fazer uma exploração prévia. Não há muito, vai o tempo, em que fazer uma incisão exploradora era coisa encarada muito seriamente, mas hoje vemos as vantagens, que nos pode trazer. A biopsia também é muito interessante e vem num momento em que fui consultado sobre o valor do corte por congelação. Sou apologistas desse processo. O fato de não se alcançar o tumor, creio que é uma inabilidade do cirurgião. Este deve ser capaz de ir até a parte lesada e tirar a porção mais representativa para o anátomo-patologista.

As vezes não se pode fazer um diagnóstico positivo, mas muitas outras coisas são solvidas plenamente com vantagem para o doente. Admiro-me ainda por ter conseguido fazer a biopsia, visto não ter laboratório especializado no hospital onde operava. Queria finalmente saber alguma coisa sobre o estado geral do doente e quanto de sangue foi preciso receber. Isso para mim é importante, pois já tenho deixado de fazer operação para não prejudicar o doente no caso de precisar de sangue, visto a dificuldade que temos tido para conseguir doadores.

Dr. Dino de Almeida — Depois de agradecer os elogios feitos ao seu trabalho o A. respondeu aos comentários dizendo: a respeito da

transfusão fizemos todos os exames e verificamos que o doente não estava em condições nem de hemoglobina nem de hemácias, perfeitas. A proteinemia estava dentro dos limites normais. Durante o pré-operatório o doente tomou 500 cc. de sangue. Na segunda vez que fazíamos a transfusão houve reação do doente e tivemos de suspender-lá, de maneira que só recebeu 200 c. Durante a operação tivemos à nossa disposição cerca de 4 a 5 litros de sangue. Acho que devemos ter, sempre que formos operar tórax, pelo menos 3 litros de sangue. Quando o doente foi para a cama precisamos fazer mais 1.000 cc. de sangue por causa da queda a zero da pressão. Nas transfusões é necessário que se considere a quantidade de sangue perdida para não administrarmos uma quantidade muito grande de sangue, e ocasionarmos uma sobrecarga cardíaca, e morte do doente. Quanto à biopsia também acho que no caso de pâncreas há dificuldades, fui portanto, infeliz no exemplo que citei. No mais agradeço mais uma vez a atenção de todos.

Ginecomastia e bocio — **Dr. João de Lorenzo** — Comentários: **Dr. José Pedro Leite Cordeiro** — Desejo chamar a atenção dos colegas para o primeiro caso em que havia uma ginecomastia unilateral, e do lado esquerdo, o que vem confirmar a regra geral. O segundo caso nos mostra a concomitância de um bócio, embora coloide e um caso de ginecomastia. Já tive ocasião de fazer considerações sobre casos semelhantes. Certos autores citam a ginecomastia como um caso de intersexualidade, visto o paciente apresentar um leite semelhante ao materno, e pelo fato da moléstia aparecer no período da puberdade. Para outros seria um pseudo hermafroditismo masculino. Se fizermos, entretanto, uma análise perfeita do doente, vamos encontrar uma perturbação nas glândulas. Outros autores referem-se a um aumento de extrínegos no sangue, de modo a haver preponderância de uma hormona feminina



ALBUCID

Sulfacetamida

Quimioterápico desintoxicado e
altamente eficaz indicado em

Infecções por cocos: Blenorragia e suas
complicações, meningite epidêmica, estafilo e
estreptococias, pneumonia, etc.

Infecções colibacilares das vias urinárias
e biliares

Infecções oculares: Tracoma, oftalmia go-
nocócica, curativos oculares, blefarites, etc.

Linfogranulomatose inguinal

Cancro mole

Blastomicose

Infecções cirúrgicas: Peritonite, apendicite,
fraturas expostas, etc.

Embalagens originais

ALBUCID

Tubo com 20 comprimidos de 0,50 g

ALBUCID INJETÁVEL

Caixa com 3 ampolas de 5 cm³ da solução a 30%

ALBUCID-COLÍRIO

Frasco conta-gotas com 15 cm³ da solução a 15%

INDÚSTRIA QUÍMICA E FARMACÊUTICA

SCHERING S/A

RIO DE JANEIRO

SÃO PAULO

PÓRTO ALEGRE

RECIFE

BELO HORIZONTE

sobre o masculino. Citam casos em que foram encontradas cerca de 700 unidades internacionais de foliculina. Tudo nos faz pensar que haja uma relação entre glândulas de secreção interna e ginecomastia. Nos indivíduos que apresentam uma hiperfunção da hipófise também aparece a ginecomastia. Chegamos portanto à conclusão que o problema é físiopatológico, e que deverá ser entregue aos endocrinologistas.

Dr. Dino de Almeida — Achei muito interessante a coincidência de ginecomastia e bócio, o que clinicamente parece um hipertireoidismo. Como a piopsia revelou bócio colóide, queria saber se foi tirado um pedaço da glândula para o exame. Acrescentou ainda que o exame externo também não é suficiente, visto as várias morfologias que a glândula pode assumir.

Dr. João de Lorenzo — Ao dr. Dino de Almeida tenho a dizer que quem fez o diagnóstico foi o Dr. Rufino, do Hospital Francisco de Assis, que me disse ter feito dois cortes, um no lobo esquerdo e outro no lobo direito. Deu-me também umas lâminas, mas não consegui uma micro-fotografia. O dr. Montenegro falou em tireidectomia total. Nunca faço uma extirpação total, faço sempre sub-total. Ao dr. Cordeiro devo dizer que realmente a questão da hormona tem sido usada, e já foi encontrado extrógeno na urina, e já se conseguiu produzir ginecomastia em macacos, com injeção de extrógeno. O hipertireoidismo desperta frenação do ovário. Vê-se, portanto que há relação entre ginecomastia e glândulas de secreção interna, porém, não se discute os verdadeiros elementos que influem realmente.

SECÇÃO DE CIRURGIA EM 10 DE OUTUBRO DE 1947.

Presidente: Dr. Anizio da Costa Toledo.

Alguns aspectos das discinesias biliares — Dr. Silvio de Barros — Comentários: Dr. David Rosenberg — O comentário feito pelo dr. Silvio de Barros é uma boa conduta, mas sinto discordar dele em certos pontos. Em primeiro lugar fala-se muito que o problema da discinesia funcional hipertônica é hipotônica. Em qualquer dos casos as discinesias funcionais não são cirúrgicas. Trabalhos muito bem documentados por Carter nos falam dos reflexos como a hiperacidez gástrica ou um reflexo por fator à distância, dos quais o mais comum é uma apendicite. Há casos de doentes com discinesias, que depois de operados de apendicite curaram-se completamente. Se houver recidiva deve haver uma causa, que então devemos procurar a fim de curar a discinesia. Por fim acrescenta que um outro fato não lembrado é que Carter, da clinica na Universidade da Columbia tinha como conduta geral, operar discinesias, mas os resultados foram péssimos. Mudou então a orientação e hoje con-

tra-indica essa operação. E' preferível instituir o tratamento clinico e procura-se a causa. Estamos convencidos que as discinesias não são cirúrgicas em quasi todas as suas formas clinicas.

Dr. Silvio de Barros — Em resposta ao comentário do Dr. David Rosenberg tenho a dizer que discinesia hipertônica sempre se opera. Quanto ao cálculo, sabe-se que a estase biliar é que é a responsável pelo seu aparecimento.

O Dr. Silvio de Barros acrescenta ainda que se deve operar as discinesias antes da coleditiase e citou ainda alguns casos em que foram feitas intubações duodenais durante o ato operatório, podendo se assim diagnosticar perfeitamente as discinesias mecânicas. Apresentou ainda alguns casos do Hospital das Clinicas.

Gastrectomia total. Comentários sobre três casos operados por via abdominal — Dr. Alvaro Dino de Almeida — O autor considera a gastrectomia total como sendo a retirada total do estômago pela

ressecção acima da cárdia e além do piloro. Realizou três gastrectomias totais com duas sobrevidas e 1 óbito o que dá uma mortalidade de 33,33%. Teve uma indicação por úlcera péptica alta da pequena curvatura do estômago, junto à cárdia e 2 indicações por carcinoma do estômago sem invasão da cárdia. Todos os pacientes pertenciam ao sexo masculino. As idades em relação aos diagnósticos e nacionalidade foram: Úlcera péptica alta, idade 45 anos, nacion. Brasileiro; adenocarcinoma 49 anos, Português; adenocarcinoma, 60 anos, Italiano. Houve 1 óbito num doente portador de adenocarcinoma; a causa direta foi a insuficiência cardíaca e a causa indireta uma infecção peritoneal limitada ao espaço subdiafragmático esquerdo. Um caso está com 20 meses de sobrevida (úlceras alta) e o outro obteve alta em ótimas condições; não conseguiu obter a volta do paciente para seguimento. A anestesia empregada foi a raqueana intradural hiperbárica em um caso, a loco-regional completada com protóxido de azoto em outro caso e a associação tionembital-ciclopropana e curare (Intocostim) no último operado. A via de acesso foi sempre a abdominal, tendo sido empregada a incisão mediana xifumbilical 2 vezes e a incisão de Lennander (para-mediana para-retal interna direita supra umbilical) uma vez. Para a anastomose usou-se catgut cromado montado em agulha atraumática n.º 0 em dois casos e n.º 00 num caso. Houve deiscência da parede abdominal em um caso cujo fechamento foi feito em massa, num só plano, com catgut n.º 2 simples. Empregou-se todas as vezes a anastomose jejuno-jejunal látero-lateral

Comentários: Dr. Pedro Osorio Galvão — Na ressecção total de-sejo lembrar a questão da via de acesso que pode ser mediana ou para-mediana esquerda. Foi seguida essa orientação na escola do Prof. Benedito Montenegro e um trabalho do Dr. Piragibe Nogueira, publicado na "Revista de Cirurgia

de São Paulo" que versa sobre esse assunto.

Dr. Ferreira Filho — Queria que o A. me informasse como está funcionando o intestino desses doentes e como está o seu estado de nutrição e qual tem sido a tolerância alimentar de um modo geral.

Dr. Daher E. Cutait — Tive ocasião de operar uma úlcera semelhante a um dos casos dados e na impossibilidade de fechar fiz uma ressecção em cunha e depois uma gastrectomia total. O caso evoluiu muito bem e tenho a impressão que essa técnica é muito boa.

Dr. David Rosemberg — Com referência ao caso apresentado pelo Dr. Dino de Almeida tenho a dizer que a técnica empregada não me parece muito feliz e não se indica em casos de úlceras gástricas, mas segundo ficou assentado num congresso americano de cirurgia, são mais aplicáveis a casos de úlceras jejunais e duodenais. Quanto à anestesia tenho a dizer que a raqueana satisfaz plenamente.

Dr. Dino de Almenda — Ao dr. David tenho a dizer que apenas citei o caso. Realmente fui infeliz em não fazer a ressecção. Quanto à possibilidade de fazer uma goteira ou uma incisão muito oblíqua, respondo que nem sempre é fácil, tudo vai depender do caso em questão. No meu caso a infiltração era bastante grande e do lado de fóra e era difícil galgar a posição, não se podia fazer uma goteira. Quanto à anestesia foi usado o ciclopropana e o curare que é de nossa preferência. Quanto à via de acesso a para-mediana é boa, mas não serve para todos os tipos de indivíduos, só nos tipos brevilíneos é que há bom acesso à cárdia. Como temos mais experiência na via de acesso mediana e fazendo o fechamento em três planos, temos tido sempre bons resultados. O Dr. Ferreira Filho falou a respeito da alimentação e achei muito interessante a sugestão de se estudar um indivíduo que não tenha estômago. No meu caso não foi possível fazer isso porque o doente já se acha no Paraná. Ti-

nhamos ainda a intenção de fazer uma radiografia, para se verificar a distância da úlcera à cárdia, o que viria facilitar muito. Temos ainda a propensão para se fazer a gastrectomia total mas às vezes temos uma infiltração de três cms. ou mais e o caso que um dos colegas citou é de úlcera muito pequena. No meu caso a úlcera estava muito rígida e com o esofagoscópio poderia ser verificada perfeitamente. Tive também o prazer de saber que um dos colegas teve um caso semelhante em que fez

a ressecção em cunha, com pleno sucesso. Sobre a questão dos sifonostomos colecistomizados, estou de acordo com o que foi dito. Queria finalmente lembrar ao Dr. Silveira de Barros o estado do tonus neurovegetativo. O que se sabe é que há um reflexo, em apendicite, colecistite, etc. mas, um indivíduo com um tonus para-simpático pode sofrer um reflexo para o lado da vesícula. Seria interessante procurar saber se o indivíduo é simpático-tônico ou não.

SECÇÃO DE CIRURGIA EM 10 DE NOVEMBRO DE 1947.

Presidente: Dr. João Montenegro.

Apresentação de uma técnica pessoal de gastrostomia (Nota prévia) — Dr. Mario Degni — Anestesia: de escolha do cirurgião de acordo com o caso.

1.º tempo: Incisão mediana ou transversa, supra-umbilical.

2.º tempo: Incisão de 3 a 4 cms. na parede gástrica anterior a meia distância entre a grande e pequena curvatura. A incisão é transversa e interessa apenas os estratos seroso e muscular. A fim de realizá-la com mais facilidade usam-se duas pinças de Chaput ou Allis, que além de marcarem os limites servem de tração.

3.º tempo: Dissecção de um cone de mucosa, respeitando os vasos que decorrem na sua superfície. Utiliza-se nesta dissecção bisturi ou tesoura curva tipo Mayo. Após ter dissecado uma pequena área de mucosa, esta é apreendida com uma pinça tipo Pean, no ponto que constituirá o ápice do cone mucoso. Essa pinça tem por objetivo facilitar a tração da mucosa e a sua dissecção. Ela será mantida até o último tempo operatório.

4.º tempo: Sutura interrompida dos estratos sero-muscular apanhando inicialmente um dos lábios da sero-muscular e continuando-se pelo outro.

Determina-se desse modo um estrangulamento na base do cone

mucoso por onde passe uma sonda Nelaton n.º 25.

5.º tempo: A sero-muscular é apanhada com duas pinças de Allis de um e outro lado da base do cone mucoso. Uma 3.ª pinça de Allis apreende a parede gástrica distalmente às duas primeiras e a uma distância igual ao comprimento do cone de mucosa. Desse modo as três pinças delimitam uma área triangular cuja altura corresponda ao comprimento do cone de mucosa gástrica, apresentando a área assim delimitada de modo que sua extremidade corresponda à pinça distalmente situada. Por sobre o cone de mucosa deita-se uma sonda de Nelaton n.º 25 ou outro tubo de borracha de calibre correspondente.

6.º tempo: Sutura sero-muscular em pontos separados a partir da base do cone mucoso e em direção à sua extremidade de modo a formar como na técnica de Witzel um trajeto fistular. Este conterá no seu interior o cone de mucosa e o tubo de borracha. A sutura termina a uma distância de 1 a 1,5 cms. do ápice do cone mucoso. Retira-se a sonda de Nelaton.

7.º tempo: Dão-se pontos separados distanciados de 1 cm. que apanhem a sero-muscular de um lado e a mucosa de outro. Realiza-se desse modo a fixação do cone

da mucosa no trajeto sero-muscular.

8.º tempo: Passar dois pontos de cada lado da extremidade do cone da mucosa que ainda continuará fechada e tracionada pela pinça de Pean. Esses dois pontos sero-musculares apanham também os lábios da aponevrose (supõe-se a incisão mediana supra-umbelical) de modo que fixam a parede gástrica anterior à aponevrose e iniciam o fechamento da incisão que será terminada com sutura interrompida. Sutura interrompida da pele com fio de algodão ou com grafes.

9.º tempo: Sutura em pontos separados, distanciados de 1 cm. do cone de mucosa à pele.

10.º tempo: Somente neste tempo operatório à retirada a pinça de Pean e secciona-se a extremidade do cone de mucosa. Introduce-se sonda n.º 25 suavemente na luz do cone da mucosa e a seguir na cavidade gástrica. Ela deverá permanecer em posição até que se dê a cicatrização entre mucosa e pele (cerca de 8 dias).

Considerações cirúrgicas sobre uma nova técnica de gastrostomia continente — Drs. Mario Degni e Fábio Schmidt Goffi — Os AA. apresentam os resultados de um estudo experimental visando observar a praticabilidade da técnica de gastrostomia idealizada pelo Dr. Mario Degni.

Inicialmente relembram alguns pontos, que dizem respeito às gastrostomias de um modo geral. Costuma-se classificar as gastrostomias em dois grupos: gastrostomias temporárias e gastrostomias permanentes, tendo em vista a finalidade para a qual este tipo de operação é proposto. Assim, quando esta operação é indicada como tempo prévio a uma outra mais complexa, ou então, como via de acesso às manobras transgástricas ou intragástricas, a gastrostomia deverá ser temporária, e então a técnica indicada poderá ser simples, bastando ser continente, e consistindo num dos métodos que criam um trajeto cruento entre a luz do estômago e a superfície, cu-

tânea. Nos casos em que se deseja uma gastrostomia permanente, entretanto, o trajeto gastrocutâneo além de continente, deve oferecer condições que impeçam o estreitamento de mucosa, o que só era conseguido mediante processos de execução até certo ponto complexos.

A técnica ora estudada pertence à última categoria sendo uma gastrostomia definitiva, continente, e com um trajeto gastrocutâneo revestido de mucosa, porém de execução simplificada.

Os estudos experimentais foram feitos no Departamento de Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo (Prof. Eurico da Silva Bastos).

O animal de experimentação, o cão, uma vez operado, foi acompanhado na sua evolução postoperatória; os vários animais eram sacrificados em dias sucessivos a fim de se obter histologicamente o estado do trajeto fistuloso em idades diferentes. Em todos eles foi observada a continência da boca de gastrostomia.

Gastrectomia como tratamento da úlcera perfurada — Considerações sobre 100 casos do Pronto Socorro do Hospital das Clínicas — Drs. Ruy E. Ferreira dos Santos e D. Bitencourt — Comentários: Dr. Salomão Chaib — Queria acrescentar que no Rio de Janeiro já estão usando esse processo para tratamento de úlceras perfuradas. Há a respeito uma nota do professor Matos Maia.

Dr. Daher E. Cutait — Não concordo com a conclusão a que os autores chegaram em relação à percentagem das úlceras perfuradas com as não perfuradas. Creio não ser de 14,6% como foi relatado. Isso não coincide com o que se passa nos outros Hospitais e provavelmente não é o que verifica na prática corrente.

Prof. Eurico S. Bastos — Acrescenta que se devia fazer mais indicações para as suturas, pois que nas úlceras altamente situadas a sutura traria um risco operatório muito menor. Para a realização

de uma gastrectomia alta seria razoável uma sutura e depois um laparotomia trans-torácica. Nem sempre é possível fazer uma ressecção alta em um tempo só. A casuística apresentada foi muito reduzida, mas vemos que a mortalidade foi muito grande. Uma sutura passivelmente viria diminuir essa mortalidade.

Dr. Mario Degni — Queria que o A. desse informações a respeito das quantidades de sangue usadas com os paciente.

Dr. João Montenegro — Parece que já está assentado, que se pode fazer a gastrectomia na maior parte dos casos de perfuração desde que as condições do doente o permita. As úlceras altas talvez não sejam muito grandes, mas o traumatismo é muito maior nesses casos e por conseguinte deve tender mais para choque operatório. Quer nos parecer também, que nos casos de hemorragias se deve fazer uma ressecção de parte do estômago porque não se poderá saber até que ponto irá a hemorragia. Além da transfusão seria também interessante que o A. fizesse referência ao uso de penicilina e sulfá, usadas localmente de uma maneira geral, o que também é de grande importância, além da drenagem com gase, da parede.

Dr. D. Bitencourt — Respondendo ao Dr. Chaib diz que não encontrou os trabalhos realizados por Matos Maia, na bibliografia que percorreu. Ao Dr. Daher: quanto à incidência elevada das úlceras gástricas perfuradas acrescento que ela está de acordo com as estatísticas referidas por autores de todas as partes do mundo. Ao Dr.

Eurico Bastos: estou de acordo e acho que será de muito bom aviso fazer a simples sutura da úlcera e aguardar uma gastrotomia, talvez por via trans-torácica. Ao Dr. Mario Degni: tenho a informar que no Hospital das Clínicas o médico geralmente não tem o controle da quantidade de sangue que é administrada ao doente pela secção de transfusão. Penso entretanto que a maioria dos doentes não recebem sangue, a não ser nos casos mais graves, mas duvido que a quantidade de sangue dada ao paciente ultrapasse 1.000 cc. Ao Dr. João Montenegro: não é de rotina o uso de penicilina e sulfá. Acrescentou ainda que a flora gástrica nesses indivíduos com úlceras é muito pequena e muitas análises deram resultados negativos. Quanto à drenagem das paredes também não é usada e penso que a incidência de infecção sob-cutânea é mínima. Por via parenteral a penicilina é usada sistematicamente.

Peritonite pneumocócica — Dr. Salomão A. Chaib — Comentários: Dr. João Montenegro — Acrescenta que a questão do agente etiológico da peritonite perdeu muito de sua importância com o aparecimento da penicilina e da sulfá, que evidenciam os agentes Gram negativos e Gram positivos respectivamente. Também acreditamos que a intervenção cirúrgica deva ser indicada.

Dr. Salomão A. Chaib — Não foi usada a penicilina no caso citado porque naquela época ainda não a conhecíamos.

A Terapêutica eficaz do aparelho circulatório

NATRIFILIN

Coronário-Dilatador — Diurético

Sociedade Médica São Lucas

SESSÃO DE 15 DE JUNHO DE 1948.

Presidente: Dr. Waldemar Machado

Tratamento do cancer da mama — Dr. Eurico Branco Ribeiro — O A. fez um apanhado sobre os casos operados no seu serviço até dezembro de 1942, apreciando os resultados tardios da intervenção cirúrgica. Mostrou qual a conduta operatoria seguida e a orientação do tratamento auxiliar pela roentgenterapia e radiumterapia. A porcentagem de sobrevida no fim de 5 anos foi de 26%66. Na discussão, o Dr. Francisco Finochiaro referiu casos de sua clínica, citando um em que verificou a regressão espontânea das metástases; acha que a radioterapia por si só é danosa; o cancer da

mama bem operado não necessita de radioterapia no posoperatorio; nunca obteve resultado satisfatório com a reoentgenterapia no cancer da mama. O Dr. Gideon de Oliveira referiu-se à relação entre a extensão do processo e a sobrevida; na Baía, nos mestiços a recidiva é mais encontrada, embora nos brancos seja mais comum o cancer da mama; o tratamento hormoterapico tem sido usado com resultados apreciáveis; no periodo de atividade sexual, usar o hormonio do sexo oposto; depois do periodo sexual, usar o homonio proprio sexo. O trabalho do A. é publicado no presente número.

SESSÃO DE 6 DE JULHO DE 1948.

Presidente: Dr. Paulo G. Bressan.

Afeções crônicas do aparelho digestivo — **As sulfas e o ácido fólico** — Dr. Chafik Curi — O A. estendeu-se em considerações sobre os estados patológicos do intestino de caráter crônico, analisando os efeitos de varias medicações algumas de consequências prejudiciais se de uso prolongado. Certas drogas podem conduzir até a esterilização absoluta, destruindo até a flora útil. Daí a necessidade de favorecer o desenvolvimento do bacilo láctico e outros. A associação do ácido fólico á medicação pelas sulfas é aconselhável e os seus resultados benéficos são evidentes, conforme tem comprovado. O Dr. Eurico Branco Ribeiro falou sobre os resultados obtidos no seu Serviço com o preparo do tracto intestinal no preoperatorio, mostrando que com uma conduta mais simples que a usada na Clínica ayo se pode registrar os efeitos desejados. O Dr. Paulo Bressan referiu-se aos efeitos da sulfatidina nas piurias de origem intestinal e sobre o ácido fó-

lico em suas relações com o quadro hematológico. O Dr. José Bresser da Silva citou um caso de uveíte com hematuria por colibacilose, curado da lesão ocular com sulfatidina, mas com recidivas que cediam rapidamente com a administração da droga a qual, entretanto produziu anemia. O Dr. Beneditus Mario Mourão falou sobre lesões pelagrosas como eczemas, dando anemia hipocrômica; nicotilamida e complexo B resolvem o caso, associados a superalimentação com supressão da dieta. Descreveu os sinais prodromico da pelagra e os que aparecem mais tardiamente. A regressão é as vezes espetacular com a associação do ácido fólico. O Dr. Chafik Curi falou sobre as suas observações com as sulfonas, verificando, por si só, o ácido fólico não repõe as hemátias até o seu nível normal. O Dr. Paulo Bressan falou sobre a Semana Médica de Londrina para a qual a Sociedade está organizando uma caravana.

Sociedade dos Médicos do I. A. P. C.

SESSÃO DE 13 DE JUNHO DE 1948.

Presidente: Dr. Waldemar Nunes.

Evolução do conceito de cirrose hepática — Dr. José D'Alambert — O autor apresentou um estudo retrospectivo do conceito etiológico, patogênico e anatomo-patológico da cirrose do fígado, através as opiniões dos autores que mais trataram do assunto, detendo-se particularmente na crítica do papel atribuído ao álcool. Em seguida, abordou o estado atual da questão, que está sendo encarado sob o aspecto metabólicos, principalmente devido aos trabalhos

de autores norte-americanos. Referiu a grande importância de certos fatores alimentares, principalmente por fornecerem ao fígado radicais metílicos lábeis, de grande influência na mobilização das gorduras e melhora do estado funcional do parênquima hepático. Tratamentos baseados nesses estudos têm trazido já resultados bem satisfatórios, maximé si se atender à precocidade de seu estabelecimento. O trabalho foi comentado pelo Dr. Gildo Del Negro.

Sociedade do Serviço do Prof. Celestino Bourroul

SESSÃO DE 14 DE MAIO DE 1947.

Presidente: Dr. Alexandre de Mello

Orientação diagnóstica atual da bronquite asmática — Dr. Faud Chammas — O autor inicialmente mostrou a dificuldade em que se encontra o clínico diante de um asmático, e ao mesmo os resultados da terapêutica nesta moléstia. O asmático, inicialmente, ao sentir seu primeiro acesso procura um clínico geral, que com a terapêutica clássica de dessensibilização procura atenuar e melhorar o estado do paciente sem em geral conseguir resultado positivo. O sofredor cansado procura um alergista que após determinar os alérgenos com os clássicos testes, institui um regime alimentar ao paciente, dando em geral resultado improficuo. O sofredor continua a ter os acessos de asma.

O autor passa em seguida a considerar os fatores que influem no aparecimento da crise alérgica. Inicialmente o fator constitucional, a maior parte dos asmáticos apresentam em seus pais manifestações alérgicas. Em seguida apresentou o 2.º fator excitante que é

representado pelo alérgeno, de grande importância e difícil constatação.

Finalmente, o autor tece comentários sobre o último fator, que é o fator contribuinte que serve de ligação entre os dois fatores precedentes. Um indivíduo constitucionalmente predisposto frente a um alérgeno, não terá reação alérgica si não houver o fator contribuinte. Aí o autor falando sobre a asma brônquica mostrou que o especialista antes do mais deve ser um clínico geral que irá estudar o fator constitucional e o fator contribuinte. Só depois de um estudo clínico acurado é que enviará ao alergista que deve ser o próprio clínico, pois que só este poderá ter uma impressão dinâmica do caso. O autor apresentou uma observação padronizada a qual se deve submeter todo asmático para poder melhor estudá-lo. O Sr. presidente agradece a magnífica palestra do Dr. Faud Chammas. Nada mais havendo a tratar foi encerrada a sessão.

SESSÃO DE 27 DE JUNHO DE 1947.

Presidente: Dr. Alexandre de Mello.

"Tratamento da rinite atrófica ozenosa" — Dr. Ernesto Moreira — Inicialmente mostrou o orador a diferença entre a rinite atrófica simples e a ozenosa. Quando a patogenia, fez ver que nada se sabe concernente às rinites atróficas.

Quanto ao achado objetivo, disse que ha atrofia geral das mucosas, e muitas vezes das conchas inferiores e médias. Ha secreção purulenta que assume por vezes aspectos filerinoso e adere às conchas inferiores e médias, condensando-se em lâminas delgadas. Pode haver anosmia total ou simples hiposmia.

Quanto ao tratamento cirúrgico, fez a descrição de um método próprio, de há muito empregado pelo autor com resultados relativamente bons. Apresentou uma casuística comprovante, e fez também a apresentação de alguns doentes que tratados pelo referido método cirúrgico, vêm apresentando notáveis melhoras e o desaparecimento quasi total dos sintomas.

O Sr. presidente agradece a brilhante palestra do Dr. Moreira, assim como a presença dos srs. alunos do 5.º ano médico

E como ninguém mais tomasse a palavra foi encerrada a sessão.

SESSÃO DE 16 DE JULHO DE 1947.

Presidente: Dr. Alexandre de Mello.

Pneumonias atípicas — Dr. Ennio Barbato — Foram apresentados dois casos de pneumonia atípica precedida de dores articulares, emagrecimento, febre e bastante sensíveis ao salicilato. O diagnóstico flutuou entre pneumonia atípica de causa reumática e pneumonia atípica de causa indeterminada. Surgiu maior atenção em relação às infecções agudas respiratórias consideradas banais e que muitas vezes apresentam extenso comprometimento pulmonar. Quando surge no decurso ou após

um quadro reumático, deve-se cogitar da pneumonia reumática. Muitas vezes o quadro pulmonar é a única manifestação do quadro reumático.

Esta apresentação de casos do Dr. Barbato foi comentada pelos Drs. Professor Celestino Bourroul, Oscar Monteiro de Barros, Péricles Maciel, Alberto Ferreira e Aldo de Finis.

E nada mais havendo a tratar foi encerrada a sessão pelo Sr. presidente.

Instituto Latino-Americano de Radon

SESSÃO DE 7 DE JULHO DE 1948.

Presidente: Dr. Eurico Branco Ribeiro.

Desconhecimento do Radon — Dr. Cintra Gordinho — O A. se referiu ao desconhecimento impenetrante em nosso meio das questões relativas ao Radon e apontou medidas tendentes a divulgar no seio da classe, médica o valor desse

agente terapêutico já largamente aproveitado na Europa e nos Estados Unidos.

Preparando Radon para banhos em domicilio — Prof. Luis Cintra do Prado — O A. discorreu sô-

bre o preparo do Radon para o seu emprego em banhos a domicílio, referindo-se à aparelhagem idealizada por ele e pelo Dr. Raimundo de Burlet o que tão bons resultados vem dando na pratica; referiu-se também, ao preparo de pomadas radioativas por meio de maquinário original, construído em São Paulo; discutiu ainda, a questão do preparo de ovulos e a possibilidade de se utilizar o Radon em suspensões coloidais para uso endovenoso, conforme estudos que

estão ainda em curso, principalmente na França.

Resultados do Radon — Dr. José Bresser — O A. apresentou os resultados que obteve com o Radon em 28 casos de conjuntivite, tendo observado piora em um caso de diagnóstico etiologico impreciso; estado estacionário em cinco casos e sucessos clinico nos 22 restantes, o que o entusiasmou para prosseguir com a medicação em novos casos.

Outras sociedades

Associação Paulista de Medicina — secção de Radiologia, sessão de 3 de junho, ordem do dia: Radioterapia nos queloides — Camilo Segreto; Considerações sobre a paralisia isolada do nervo musculo-cutaneo. Seu tratamento — Dr. Waldemar Rolim de Moraes; Apresentação dos casos interessantes do mês.

Secção de Neuropsiquiatria, sessão de 9 de junho de 1948, ordem do dia: Diagnostico diferencial a proposito de um neurotico obsessivo com arteriosclerose cerebral — Drs. Anibal Silveira e Wilson Carvalho; Considerações de ordem psico-social sobre algumas tribus do alto Xingu — Dr. Silvio Grieco; Eletroencefalografia na epilepsia; considerações a proposito de 271 casos — Drs. Paulo Pinto Pupo e Olavo Pazzanese.

Secção de otorinolaringologia, sessão de 17 de junho de 1948, ordem do dia: A surdez profissional — Dr. Hugo Ribeiro de Almeida; Imprevistos da amidalectomia — Dr. Silvio Ognibene; Mucoccele frontal. A proposito de 5 casos — Drs. Fabio Mateus, Antonio Correa, Jorge Hirschmann e Jorge F. Barbosa; Rinofina. Decorticação eletro-cirurgica simples — Dr. Roberto Farina; Sobre um caso interessante de evolução post-operatória de amigdalectomia — Dr. Silvio Marone.

Departamento de Cultura Geral, sessão de 7 de junho de 1948, ordem do dia: Os classicos do cinema — Dr. Almeida Sales; Conceito de cenario — Dr. Publio Dias.

Departamento de Cultura Geral, sessão de 25 de junho de 1948, ordem do dia: A conduta profissional no exercicio clinico — Prof. Aloisio de Castro.

Centro de Estudos dos Médicos da Divisão do Serviço de Tuberculose, sessão do dia 16 de junho de 1948, ordem do dia: Primeiros resultados da vacinação BCG em alergicos de todas as idades — Dr. José Rosemberg.

Hospital de Juqueri, sessão de 12 de junho de 1948, ordem do dia: Demencia alcoolica-Pelegra. Arteriosclerose-Amolecimento cerebral. Arteriosclerose cerebral. Encefalopatia hipertensiva — Drs. Milton B. Barbosa, Jorge Cozzolino, Mario Yahn e Catão Bastos.

Sessão de 18 de junho de 1948, ordem do dia: Produção artistica de um esquizofrenico paranoide. Simbolismo — Dr. Nilo T. da Silva; Confusão mental. Etiologia autotoxica provavel — Dr. Ciro Ferreira de Camargo; Psicose mixta de tres grupos: esquizofrenico, epileptico, e maniaco-depressivo — Dr. Otávio L. de Barros Salles; Tema pratico-Bioquimica do sangue em doentes mentais. Utiliza-

ção e valor clínico — Dr. Anibal Silveira.

Hospital Juqueri, sessão de 19 de junho de 1948, ordem do dia: Epilepsia: hipoplasia de um hemisfério cerebral. Tumor cerebral: edema cerebral parcial; Demência senil. Úlcera crateriforme do estomago. Alcoolismo crônico: gastrite crônica — Drs. E. Bernardinelli, Nilo Trindade da Silva, Ibrahim Mathias e Spartaco Visoto.

Sociedade Médica da Municipalidade de São Paulo, sessão de 9 de junho de 1948, ordem do dia: Queimaduras. Tratamento geral dos queimados — Dr. Luis Antonio de Abreu Sampaio Doria; Oftalmoscopia na hipertensão — Dr. Armando Gallo.

Sociedade de Medicina e Cirurgia, sessão de 3 de junho de 1948, ordem do dia: Estudo crítico da colecistografia — Dr. Paulo de Almeida Toledo; A prova de Boyden — Antonio Ferreira Filho.

Sociedade de Medicina e Cirurgia, sessão de 15 de junho de 1948, ordem do dia: Cistálgia — Prof. Martins Costa; Divertículos da uretra feminina — Dr. Geraldo Vicente de Azevedo; Anúria após transfusão; descapsulização e cura — Drs. Darci V. Itiberê; Clínica das afecções supurativas do rim — Dr. Ataíde Pereira.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia, sessão de 1 de ju-

nho, ordem do dia: Um anteprojeto para a elaboração de nova lei que rugule a censura sanitária — Prof. Flaminio Favero; Caso interessante de lesões múltiplas internas sem lesões externas — Dr. Hilario da Veiga.

Sociedade de Oftalmologia de São Paulo, sessão de 14 de junho de 1948, ordem do dia: Impressões do III Congresso Pan Americano de Oftalmologia em Havana — Dr. Francisco de Amendola; Neurite ótica por violeta de genciana — Dr. Vasco Moreira Lisboa.

Sociedade Paulista de Medicina Social e do Trabalho, sessão de 10 de junho de 1948, ordem do dia: Grandeza e decadência do tataro estibado no Brasil — Prof. Ulisses Paranhos; Personalidade do Prof. Arnaldo Vieira de Carvalho — Prof. Falminio Favero.

sessão de 11 de junho de 1948, ordem do dia: Conveniência ou inconveniência da unificação dos serviços médicos das caixas e institutos de previdência — Dr. Durval Rosa Borges; O plano de instituto médico unico (S. A. M. P. S.). Seus perigos e seus problemas — Dr. Durval Borges; Acidentes do trabalho do ponto de vista médico-social — Dr. Benjamim Ribeiro; Serviço social — Dra. Rita de Cassia Revoredo; Remuneração dos médicos nos Institutos e Caixas — Dr. Luis E. Puech Leão.

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Maternidade de São Paulo

Posse do novo diretor — no dia 2 de junho realizou-se no salão nobre da Maternidade de São Paulo, a solenidade de posse do novo diretor clínico da benemerita instituição, Dr. Eduardo Martins Passos, que ha vinte anos ali exerce a sua vida profissional e que agora, muito merecidamente, substitue ao saudoso Dr. Antonio Vieira Marcondes.

Aberta a sessão pela provedora, D. Olivia de Souza Queiroz, encarregou o Dr. José Barbosa de Barros e o Dr. Flavio de Campos para que, em comissão, introduzissem no salão nobre, o novo diretor clínico. Em seguida, convidou o Dr. Synesio Rangel Pestana para presidir a sessão, o qual, em comovidas palavras, agradeceu o gesto, lembrando fatos passados,

que muito o lisonjeava pela grande honra que acabava de lhe ser conferida pela provedora. Assumindo a presidência, o Dr. Synesio Rangel Pestana deu a palavra ao Dr. Gentil Marcondes de Moura, que saudou o novo diretor em nome do corpo clínico. Dessa oração, destacamos os seguintes topicos:

“A herança que recebeis, o dever a que as circunstancias vos obrigam de continuar a obra devotada de Vieira Marcondes, é que trazem em si, ao mais alto grau, o onus de pesada e inalienável responsabilidade. Tudo o que fizerdes em bem desta Casa — e tudo o fareis, por certo — deverá pautar-se na conduta exemplar desse varão ilustre, todo nobreza e bondade, modelo de excelsas virtudes, cuja memoria paira neste ambiente que ele amou com os mais puros enlevo de alma, como a concitar-nos ao trabalho conciente e honesto, apontando o caminho retilíneo do dever, acenando a todos para as consoladoras alegrias da caridade, do desprendimento, do amor à pobreza.

Dr. Martins Passos: a investidura que vos conferiram a indicação unanime de vossos pares e a sanção da egrégia diretoria, não podia deixar de encher de justificando jubilo os vossos amigos, que são todos os que prestam serviços a esta Casa de Caridade. Todos os que se habituaram a admirar em vós o espirito de organização, o senso progressista e a acuidade de observação, vêem em vós a individualidade realmente talhada para o desempenho desta onerosa incumbencia. E tanto quanto se pode aquilatar o valor individual, vossa presença à testa desta Instituição é penhor, é garantia que nos outorga o direito de esperar e nos impõe o dever de confiar.

Dentre outras tantas, uma alentadora esperança perpassa em todos os corações, desejosos de que a nossa Maternidade continue a ser sempre foi, em meio seculo de benfazeja existencia: um pouco

da propria tradição de São Paulo, a Maternidade da elite, a Maternidade da gente de estirpe de nossa terra.

Cabe à vossa administração, que ora se inicia sob tão felizes augúrios, o dever de restituir à Maternidade de São Paulo, a primazia entre as suas congêneres. A melhoria material, tecnica e assistencial, dentro dos ditames da moderna organização hospitalar, realizará sem duvida, esse suspirado milagre e representa por si só todo um imenso programa de trabalho.

Sobejam-vos dotes para levar avante a ardua missão em que vos achais investido: o vosso entusiasmo jovem, o apêgo sentimental que voz traz preso a estas enfermarias, onde ensaiastes os vossos primeiros passos na especialidade e onde se projeta tambem a trajetória vitoriosa de vosso saudoso Pai, a experiencia haurida na direção de um dos melhores hospitais da cidade — tudo isso está a indicar que não desmereceis da confiança dos vossos amigos.

A nossa esperança, com a ajuda de Deus e a boa vontade de todos, ha de ser realidade — realidade proxima e feliz!”

DISCURSO DO DR. EDUARDO MARTINS PASSOS

Ao assumir a direção do importante posto, o Dr. Eduardo Martins Passos, pronunciou o seguinte discurso:

“Sra. Provedora, exmas. sras. Diretoras, Sr. Dr Synesio Rangel Pestana, minhas senhoras, Srs. professores, meus senhores, caros colegas e amigos.

Ao assumir hoje a direção clinica da Maternidade de São Paulo, substituindo a figura invulgar de Antonio Vireira Marcondes, perda irreparavel, cujo significado nunca será demais recordar, tal foi sua dedicação, sua probidade e seu acendrado amor ao desenvolvimento das atividades desta Casa, compreendo bem o peso da minha responsabilidade. Durante 45 anos como chefe de clinica e

14 anos como diretor, Vieira Marcondes cooperou e dirigiu, comparthou e solucionou os multiplos problemas proprios e naturais a uma organização do porte da Maternidade de São Paulo. Vieira Marcondes achava-se ligado à velha equipe que já partiram — Braulio Gomes, Rodrigues dos Santos, Dra. Maria Renotte, Silvio Maia, Alves Lima, Alvaro Guião, Artur Martins Passos, Raul de Vargas Cavalheiro, Almiro Godinho dos Santos, Nazareno Orcezi e tantos outros — pleiade refulgente que ajudou a erguer-se a consolidar-se esta magnifica conquista que hoje representa, sem nenhum favor, o que podem realizar de bom, de util, de humanitario o coração e o cerebro da gente paulistana.

E, assim, acatando a vossa escolha, sinto-me honrado e, porque não dizer, envaidecido mesmo, mas dessa vaidade construtiva e elevada, que é mais do que tudo um estimulo, um incentivo ao bom combate.

Em toda a organização, como sóe ser a nossa, natural é a aspiração de tão grande honra, nobre galardão, que valoriza a quem o alcança e, si como hoje, por exceção, não coube a quem mais o merecesse, por tal não se deslustra o titulo, porque ele tem o dom de realçar mesmo o mais humilde, o mais modesto. O milagre do dom poderá bem ser a virtude da graça que, polindo o cristal, desbasta as arestas...

Não foi sem emoção que recebi a indicação unanime do meu nome e é sinceramente, de todo o coração, que vo-la agradeço. Contudo tambem sei o que ela exige e representa ante as questões já equacionadas e as que ainda aguardam soluções, soluções estas que devem manter o tradicional e sempre elevado conceito desta Casa.

Compreendo, tambem o desejo aqui ressaltar eleição: delicada e expressiva homenagem aquele que, sendo meu pai, foi, tambem, um dos arquitetos da grandeza e do renome da Maternidade de São Paulo, a que serviu sempre com

inexcedivel devotamento e grande amor. Gesto elegante, atitude nobre que confunde e conquista. E eu vos prometo tudo fazer para que a direção que ora se inicia não desmereça da vossa confiança e, si for possivel, como creio, em intima colaboração com todos vós, havemos de aperfeiçoar-la com as conquistas do nosso mundo cientifica, enriquecendo-a com esse ouro moral de singular valia que o evangelho semeia: o amparo social que a condição humana a todo o instante necessita e sempre reclama.

O meu programa eu vo-lo direi. o meu programa é o vosso, é o nosso programa. Alheio, tanto quanto possivel, a tudo quantopossa perturbar a marcha serena dos nossos trabalhos e presente sempre que os nossos esforcos forem exigidos. Através de uma assistencia medico-hospitalar, à altura dos melhores estabelecimentos congêneres, oferecendo aos ricos o conforto que pagam e aos pobres o amparo que necessitam, tudo visando um unico fim; dar ao Brasil, dar a São Paulo, uma raça sadia, capas de viver mais tranquila num mundo realmente melhor.

Com a vossa cooperação eficiente e brilhante, meus presados colegas e, tambem, com o valioso auxilio das nossas parteiras e enfermeiras e demais auxiliares, cuja boa vontade, competencia e clara compreensão da sua nobre missão, que de ha muito venho testemunhando nesta Casa, estou certo de levar a bom termo a minha grave tarefa.

E, antes de terminar, a bem da justiça, seria imperdoavel si me calasse, si aqui não relembresse estas figuras que souberam criar e defender um grande ideal, compartilhando de todos os nossos esforcos, integrando-se em todas as nossas realizações, fortalecendo a nossa crença, robustecendo a nossa fé. Naturalmente, já adivinhas quem são. Sois vós, minhas senhoras. São, também, as vossas antecessoras, unidas todas pelo traço comum de um grande amor à Maternidade de São Paulo. Te-

mos, de início, Leonor Freire Gomes, marco zero de onde partiu a filantropia maternal paulista; Francisca Campos, a nossa primeira provedora; a Baronesa de Limeira, embasando com seu apoio moral e financeiro a incipiente organização; d. Genebra de Barros e de d. Alice Pais de Barros, suas filhas, continuadoras de sua obra. Todas fidalgas, como dizia o Padre Vieira, à aqueles que, na azafama de uma riqueza adquirida, buscavam nobreza. Fidalgas, mas não pelo que eram e sim pelos seus gestos de coração e bondade, lembrando, desse modo, o inesquecível jesuita para quem a verdadeira nobreza não era a que provinha de um título nobiliárquico, mas sim, a que os dotes, as virtudes cristãs conferem.

Outros nomes aqui, também, quero e devo citar: o da Baronesa de Avary, que muito já fez pelo progresso desta Casa; o de d. Maria Joana Marinho de Azevedo de Almeida Prado, que em período difícil soube com singular firmeza vencer galhardamente o entreveio inesperado; o de d. Ana de Queiroz Teles Tibiriçá, que foi o exemplo da generosidade, da bondade da mulher de Piratininga; o de d. Marieta Urioste Rodrigues Alves, que há bem pouco, deixou a provedoria onde se houve com invulgar eficácia e de cuja administração colheram-se grandes benefícios; o de d. Flavia Dumont Vilares da Nova Gomes, sempre

incansável em bem servir esta Casa; o de d. Olivia de Souza Queiroz, atual provedora, espírito dinâmico e realizador, de cuja colaboração muito esperamos e, finalmente, os das exmas. sras. diretoras: d. Adelina L. Pais de Barros, d. Elzira Alves de Lima, d. Flora Jaguaribe Eckmann, d. Francisca G. Garcia da Rosa, d. Guiomar Ataliba Penteado, d. Ignez Queiroz d. Laura Schmidt Sarmento, d. Maria Rosa Ribeiro de Azevedo e d. Noemia Sampaio Silva, todas dedicadíssimas servidoras desta Casa que, com singular espírito de renúncia, deixam o aconchego dos seus lares para virem aqui trazer o conforto da sua abnegação às desvalidas, revelando com essa atitude, não só um espírito altamente altruístico, como também uma perfeita noção das exigências do momento social que ora vivemos.

E, assim, citando-vos a todas pelo justo renome que soubestes impor, grandes são e serão as vossas responsabilidades, pelo muito que já fizestes, o muito que de vós se espera.

Ao meu prezado amigo e ilustre colega, Gentil Marcondes de Moura, os meus sinceros agradecimentos pelas suas eloquentes e bondosas palavras.

A todos que aqui se encontram, honrando-me com sua presença e abrilhantando esta solenidade, toda a minha gratidão e a certeza de que não pouparei esforços para bem servir esta Casa".

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Novo catedrático — Com a prova didática realizada sábado, os candidatos à cátedra de Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina, vaga com o falecimento do saudoso professor J. Brito, concluíram suas provas de concurso os drs. Ciro de Barros Rezende, Benedito Paula Santos e José Mendonça de Barros.

Os três concorrentes dissertaram com brilho e autoridade durante

sessenta minutos sobre o tema: "Afecções da pálpebra e da região superciliar". Todos se mostraram à altura de investidura daquela cátedra, que durante 25 anos foi ilustrada pela competência e honestidade de J. Brito. As três aulas foram assistidas por grande e seleto auditório, notando-se ali professores, livre-docentes, médicos, acadêmicos de medicina e grande número de amigos e admirado-

res dos três ilustres candidatos. As provas agradaram e a impressão deixada foi de que os candidatos estavam magnificamente preparados para a importante competição científica fazendo todos eles ressaltar sólida cultura sobre a matéria em prova.

A contagem dos pontos favoreceu o candidato dr. Ciro de Barros Rezende, que por unanimidade de votos foi indicado para a cadeira. A congregação, reunida em seguida, em sessão secreta, tomou conhecimento do relatório da banca julgadora, aprovando-o e indicando para a cátedra do dr. Ciro de Barros Rezende; em 2.º lugar o dr. Paula Santos e em 3.º o dr. Mendonça de Barros. A este foi conferido o título de livre docente. O dr. Paula Santos já era portador desse título.

O dr. Ciro de Rezende, depois de conhecido o resultado do concurso, foi cumprimentado a felicidade pelos seus colegas, amigos e admiradores.

A comissão julgadora do concurso foi a seguinte:

Presidente, prof. dr. Candido de Moura Campos; prof. dr. Adherbal Pinheiro Machado Tolosa; prof. dr. Linneu Silva; prof. dr. Paulo Cesar Pimentel e prof. dr. Hilton Rocha.

Prof. Armando Valente — Por ato da Reitoria da Universidade de São Paulo, foi designado o dr. Armando Valente para reger a 2.ª Cadeira de Clínica Médica, durante o impedimento do seu titular, prof. Ovidio Pires de Campos.

O dr. Armando Valente obteve o grau de doutor em Medicina, em 1928, defendendo a sua tese inaugural intitulada "Da Responsabilidade Moral e Legal dos Médicos". Logo após a sua formatura, demonstrando acentuado pendor pelo ensino médico, passou a exercer a sua atividade junto à 2.ª Cadeira de Clínica Médica da Faculdade de Medicina, tendo sido nomeado sucessivamente 1.º, 2.º e 1.º assistente, cargo que atualmente ocupa. É medico-adjunto do Hospital Central da Santa Casa de

Misericórdia, cargo para o qual foi nomeado em 1938.

Em 1939, em concurso de provas e de títulos, conquistou a Livre Docência de Clínica Médica.

É autor de várias teses e de numerosos outros trabalhos de investigações por parte das diversas revistas médicas do país.

Homenagem a Arnaldo Vieira de Carvalho — Realizou-se no dia 5 de junho, às 10 horas, a homenagem que a Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo prestou à memória de seu fundador, organizador e primeiro diretor, dr. Arnaldo Vieira de Carvalho, na passagem do 28.º aniversário de seu falecimento.

A solenidade, que se realizou, como todos os anos, diante da herma do ilustre cientista, no pátio fronteiro à Faculdade, compareceram professores, alunos e funcionários do estabelecimento, tendo à frente seu diretor; membros da família Vieira de Carvalho, e admiradores e amigos do saudoso paulista. Fizeram-se representar a Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, a Santa Casa de Misericórdia e o Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho (Instituto do Radium).

Iniciando a solenidade, o professor Renato Locke, diretor da Faculdade de Medicina, deu a palavra ao professor Flaminio Favero, que assim se expressou:

"Transcorre, hoje, o 28.º aniversário do falecimento do dr. Arnaldo Vieira de Carvalho. Atendendo ao convite do sr. diretor, cabe-me o privilégio de falar nesta comemoração, em que reverenciamos a memória veneranda do maior opifício da nossa Faculdade.

Por muito tempo, neste dia, era junto ao seu túmulo que nos reuníamos para, em atmosfera de pesar e saudade, medir a extensão do golpe que a todos nos feriu, naquele longínquo 5 de junho de 1920. E contemplando o pedaço de terra que se abria, insensível e indiferente, para esconder o morto querido, o peso de doridas emoções nos constrangia o coração.

sufocava o peito e enevoava os olhos. E que vasio imenso sentíamos ao nosso redor, e junto de nós, ante aquele sepulcro cheio, mas frio e imudo! Era o vasio, sem remédio, de uma situação definitiva que a morte não reconsidera, mas fixa, impiedosa, como sentença passada em julgado.

Todos os anos, em romaria votiva, lá íamos, principalmente nós, os que o conhecemos de perto e admiramos o poder forte de sua personalidade impar, levar naquela campa, o preto sincero de uma fidelidade inquebrantável.

Por certo, a homenagem era digna daquele homem extraordinário e traduzia um propósito de afeição respeitosa, que só os escolhidos como ele sabem atrair e manter, continuação daquela mesma apoteose de dor e reconhecimento, em que se confundiram todas as classes sociais, quando do seu trespasses. Nela, nessa homenagem anual que o dever ditava, amigos, colegas e discípulos insistíamos em demonstrar não ser sem exceção a regra de que os mortos depressa ficam esquecidos. O dr. Arnaldo nunca poderia ficar. E não ficará jamais.

Nestes últimos tempos, uma feição diversa de marcar este dia, para esculpir seu significado na lembrança das novas gerações, foi trazer, para junto desta herma expressiva, a nossa reunião costumeira. Aqui não recordamos o dr. Arnaldo insensível e hirto, no sudário de lágrimas e de flores de todos nós que o depositamos no seio da terra. Homenageamos, sim o dr. Arnaldo em triunfo, vivendo sempre na magnificência de seus feitos, sobretudo a Faculdade que aqui está e por que ele mesmo vela, com a solicitude sem igual de um pai. Este bronze duradouro simboliza sua memória, por nós venerada e a crescer, vigilante, em todos os recantos desta grande Casa de Ciência.

O dr. Arnaldo não morreu. Homens como esse não morrem. Vivem, imortalizados na permanência e na grandiosidade das obras que deixaram.

Sendo assim — e ninguém pode contestar que assim é — um dever nos obriga, maxime a nós, mestres e discípulos que vivemos à sombra desta Faculdade: sermos dignos colaboradores do vulto inconfundível que nos é modelo e guia.

Para isso, amemos, com desvelados sentimentos, a Pátria de nosso berço. Assim fez ele. Mais fê-lo, não de boca nem com palavreado inoperante na praça pública e, sim pelo trabalho pertinaz e honesto, no afã de servir ao próximo. Vêde o Hospital Central da Santa Casa onde pôs o calor de sua mocidade, em prol da melhor assistência ao desvalido; e as associações científicas que fundou para desenvolver a medicina; e o Instituto Vacinogênico criado para atender as necessidades imperiosas da saúde pública; e o Instituto de Radium, hoje portador de seu nome, bandeirante intemerato dessa campanha de combate ao tremendo flagelo que nos tiraniza; e, sobretudo, vêde, com os melhores olhos a Faculdade de Medicina de S. Paulo, orgulho de uma classe e — por que não? — de um País, padrão de uma cultura, monumento admirado e respeitado dentro e fora do Brasil.

O dr. Arnaldo plasmou sua vida exemplar numa conduta de severidade de princípios impressionantes. Esse foi, para mim, o maior ensino que nos ministrou para roteiro constante. Que lições esplendidas soube dar nesse âmbito, pela devoção mantida aos canones sagrados e estruturais da ética geral e profissional!

Aos moços, principalmente, interessa a meditação da vida do dr. Arnaldo, nestes tempos de desenfreado materialismo, quando, todas as concessões se fazem para triunfar. O dr. Arnaldo, além de figura de invulgar prestígio na sociedade foi: o líder de sua classe durante muitos anos, até morrer, unisonantemente reconhecido como tal. Nunca, até ele, e nunca, depois dele, conseguiu alguém impor-se tanto nessa capacidade invejável de chefe de fato, admitido e proclamado

pelo consenso de seus pares. Por quê? Pelo seu idealismo, pelas suas atividades, e, mais, pela sua firmeza de princípios que força alguma podia abalar.

Que homem extraordinário foi ele! Foi apenas, não, insisto. E'. Porque a personalidade que aqui reverenciamos é o dr. Arnaldo vivo e imortalizado, na expressão sólida e indestrutível de suas realizações, maxime esta de que ele se constituiu em nume tutelar: a Faculdade de Medicina".

Em nome da Associação dos Antigos Alunos daquela tradicional Escola, o dr. Paulo Toledo Artigas pronunciou a seguinte alucução:

"Meus senhores:

Sempre que as vicissitudes, os trabalhos e compromissos não hajam tolhido à possibilidade, tenho comparecido com sincero devotamento a esta cerimônia que há mais de vinte ano se vem repetindo para cultivar e glorificar a memória de Arnaldo Vieira de Carvalho, o grande fundador da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Já, mais de uma vez, me foi conferida a honra de elevar a minha voz nesta reunião, quer na qualidade de presidente do Centro Acadêmico "Osvaldo Cruz", quer como delegado de outras entidades. Também me honro e me orgulho de ter sido um dos membros, indicado que fui pelo saudoso professor Milward, na ocasião diretor da Faculdade, da comissão integrada pelo prof. Sousa Campos (o verdadeiro autor da iniciativa), prof. Rezende Puech e outros paulistas que se encarregaram da obtenção dos fundos e da ereção do monumento que eterniza em seu lugar próprio — o frontal da Faculdade — a figura do seu fundador.

Hoje, mais uma vez presente e dando o meu testemunho de solidariedade a este cerimonial tão significativo e que tanto agradecem os médicos que cursam esta escola magnífica, deivo o anonimato da minha pequena mas cordial participação para, obedecendo à ordem imposta, em nome dos médico di-

plomados pela Faculdade de Medicina, na qualidade de delegado da Associação dos Antigos Alunos, dizer algumas palavras de gratidão.

Na verdade, para bem me desobrigar da honrosa incumbência, muito teria que dizer a fim de sublimar a personalidade, os atos e a obra daquele cuja memória reverenciamos. Falecem-me predicações para tão elevada empresa e tão pouco a ocasião é propiciatória para tão longa dissertação. Que me permitam os que me ouvem, nesta minha oração de afetuoso respeito e de admiração, que eu, sem maior preocupação, deixe as palavras fluírem naturalmente, dizendo sem maior ênfase, tanto pelo coração como pelo espirito, aquilo que por Arnaldo sentem os que, como eu, não tiveram a ventura de o conhecerem em vida.

De Arnaldo Vieira de Carvalho só conheci a tradição e as suas obras; quando ingressei na Faculdade, já há quatro anos tinha ele sido roubado do convívio dos seus e dos seus amigos, vitimado em plena ascensão da carreira magnífica, de modo fulminante, por infecção que, na época, os médicos ainda não podiam combater eficientemente; uma estreptococia, bacteriosi nos dias de hoje facilmente vencida mesmo pelos menos experientes profissionais. Assim é o curso fatal da vida.

Poder-se-ia dizer que a ausência da personalidade de Arnaldo tivesse influido em mim para que se criasse uma condição de maior brilho e de maior realce à sua espiritualidade. E' uma condição em que se admira a obra, sem que se percebam as arestas de hoje facilmente mesmo nas mais brilhantes e bulhadas cerebrações. Acontece, porém, que Arnaldo era um homem realmente (??) (o original está ilegível nestas duas linhas) atencioso, se a ventura tivesse de o ter conhecido em vida; teria ficado cativado, como tantos outros, por suas qualidades peregrinas, por sua inteligência brilhante, por sua cultura e por sua inata condição de condutor de homens.

Foi biólogo, sociólogo escritor, jornalista, pecuarista, cirurgião e médico. Mas foi, sobretudo, o fundador e organizador da Faculdade de Medicina, a tarefa que tanto o preocupou no último decênio da sua agitada e proveitosa existência.

E' a obra máxima do homem genial e é ela verdadeiramente a herdeira da espiritualidade do seu criador. Fundando a Faculdade de Medicina e dando-lhe as diretrizes especiais para o seu desenvolvimento, soube Arnaldo transmitir-lhe a sua alma e a sua glória. Para cá trouxe Alfonso Bovero, para que na escola médica de São Paulo se constituísse uma brilhante escola de anatomia; para cá trouxe Emil Brumpt, para que entre nós a parasitologia crescesse sob perfeita e sólida orientação. Para cá trouxe Lambert, Haberfeld, Carini, Donato e outro, sem falar dos grandes mestres patricios, cientistas que nos transferiram sua cultura e sua experiência, desta arte estabelecendo a norma de pesquisas e de trabalhos que vem orientando a nossa escola e a que deve ela o seu grande desenvolvimento e a sua transformação em trinta e cinco anos de existência, num dos grandes centros de ensino e de cultura médica do mundo.

Criatura excepcional por sua estatura moral, por sua inteligência, por sua cultura, por sua operosidade, Arnaldo bem poucos terá que o igualem. Paulista da velha extirpe, dos seus avoengos herdou as grandes qualidades que sempre distinguiram a raça de Piratininga, o amor ao trabalho, a tenacidade e a capacidade criadora. Arnaldo é bem o émulo de Osvaldo Cruz. Este, na Capital do País, transforma a cidade infecta e malsã na mais procurada capital sul-americana e aí cria um dos grandes centros de ciência do mundo: o Instituto de Manguinhos. Arnaldo também, mercê da sua inteligência, da sua tenacidade e do seu esforço, cria o maior centro de estudos médicos do País e com ele o núcleo de cristalização em torno do qual vieram progressivamente se agrupar as de-

mais escolas da Universidade de São Paulo.

Grande foi o homem, maior foi a sua obra e maior ainda é a nossa gratidão".

Encerrando as homenagens que eram tributadas ao grande médico, o acadêmico João Teixeira Pinto, 2.º orador do Centro Acadêmico "Osvaldo Cruz", proferiu, em nome dos estudantes, a oração que a seguir transcrevemos:

"Sinto-me honrado por poder expressar os sentimentos do Centro Acadêmico "Osvaldo Cruz", nesta data, que tem muito de significativa, pois é a homenagem sincera a um homem, que, pelo seu trabalho dinâmico, construiu uma tradição de cultura e de valores que é a Faculdade de Medicina de S. Paulo.

Ao lermos a obra de Arnaldo Vieira de Carvalho; ao analisarmos os seus feitos, é como se produzíssemos uma milagrosa ressurreição; como se esquecéssemos a sua perda, para somente contemplarmos a pujança de sua personalidade, verdadeira parte imortal do homem, porque é dinâmica e permanece nas obras, marcando-o para a posteridade.

A obra de Arnaldo Vieira de Carvalho é imensa. Vivendo para a sua profissão e para seus semelhantes, traçou durante a sua vida um roteiro magnífico, por uma inteligência lúcida, alicerçada num caráter férreo, verdadeiro iniciador de obras que permanecem para a imortalidade.

Como médico da Imigração e diretor da Santa Casa, demonstrou Arnaldo Vieira de Carvalho o verdadeiro sentimento que o tinha impulsionado à carreira de Hipócrates; o verdadeiro amor aos semelhantes, compreendendo e partilhando com eles o sofrimento.

A Faculdade de Medicina de S. Paulo é o seu grande feito; obra gigantesca, marcada para ser no Brasil o símbolo do ensino médico, conquistando desse modo na opinião de suas congêneres o respeito e o lugar que merece. Esta Faculdade recebeu em seu nascedouro

aquele patrimônio moral e austero, que ainda hoje é a sua divisa, verdadeiramente compatível com a dignidade e a profissão do médico.

Arnaldo Vieira de Carvalho labutou em diversos setores: biólogo, sociólogo, escritor, em todos esses ramos deixou o cunho de seu trabalho, demonstrando o seu interesse por causas múltiplas a bem da coletividade. Muitos ainda conhecem o seu pseudônimo como escritor — "Epicarnus" — que aparecia nos jornais de São Paulo, geralmente em artigos médicos, procurando desse modo a melhor divulgação dos conhecimentos da bela carreira de Esculapio.

Arnaldo Vieira de Carvalho não nasceu para uma profissão. O seu idealismo, o seu desprendido amor à coletividade, talharam-no para conduzir; para compreender os homens, e desse modo deram-lhe um lugar de destaque, como condutor

de inteligências, que durante os 30 anos de sua atividade profissional nunca lhe foi contestado.

Aqui estamos, nesta data vigésima oitava de sua morte, para prestar-lhe uma homenagem. Entretanto a melhor homenagem que Arnaldo Vieira de Carvalho poderia receber, está aí, simbolizada no cimento. Ergue-se altaneira para os céus de Piratininga, como um hino de glorificação. Onde a mocidade brasileira, adquirindo a fonte de cultura, irá mais tarde espargir em suas vidas profissionais, os conhecimentos nela adquiridos, desse modo honrando a Pátria e elevando-a no conceito das nações, esse era o desejo de Arnaldo Vieira de Carvalho.

Essa glória de cimento e cultura é o seu louro, é o hino de glorificação de um homem que se projetou na imortalidade".

Associação Brasileira para o Progresso da Ciência

Sua fundação — Realizou-se no dia 8 de junho, na sede da Associação Paulista de Medicina, a reunião preparatória da Associação Brasileira para o Progresso da Ciência.

Estiveram presentes os srs. Paulo Sawaia, Mauricio Rocha e Silva, Jorge Americano Jesuino Maciel, Clemente Ferreira, João Pereira Junio, Ana Maria Hofman, Silvia de Andrade, Bueno Siberschmidt, Carlos Nóbrega, J. Reis, Paulo Nóbrega, Nelson Planet, João Lane, Adolfo Martins Penha, Eduardo Navallas, Helio Martins, Rui Cardoso, Afonso Toledo Piza, Carlos Neisser Raul de Moraes, Pedro Azevedo, Edivaldo Trappe, Joaquim F. Toledo, Renato Araujo, Vieira da Cunha, Oto Bier, Paulo Meinberg, Américo Rocha e Silva, Cantídio de Moura Campos, Gastão Rosenfeld, Jandira Planet, Jorge Schraiber, Eline Leal Prado, José Leal Prado, Joaquim Travassos, Paulo Bueno, Vitória Rossetti, Max

Erhart, José Eduardo Fernandes e outros.

Abrindo a reunião, falou inicialmente o prof. Paulo Sawaia. Discorreu s. s. sobre as finalidades da reunião, que surgiu sob tão promissoras perspectivas, dada a presença de elevado número de interessados. Congratulando-se com o fato, passou a palavra ao prof. Rocha e Silva, que leu cartas e telegramas de adesões de inúmeras pessoas, inclusive do Rio, destacando-se a dos professores Valtér Osvaldo Cruz, Carlos Chagas Filho, Gilberto Vilela Haiti Mousatché etc. Foram, igualmente, lidas algumas cartas de cientistas do interior do Estado, das quais constavam diversas sugestões para a organização da Associação. Em seguida foi participada à casa, ainda pelo prof. Rocha e Silva o apoio da direção das "Folhas" à idéia a que naquele momento se concretizava. Ainda com a palavra, o prof. Rocha e Silva falou longa-

mente sôbre as finalidades da Associação, destacando o seu caráter de entidade destinada a apoiar e estimular o trabalho científico, facilitando a cooperação entre os cientistas e tomando a defesa dos cientistas perseguidos por diferentes motivos, inclusive políticos, ou sofrendo as mais duras dificuldades, por falta de meios materiais para suas pesquisas. Fez ligeiro histórico da Associação Britânica, que serviu de modelo para a sociedade que se pretende fundar, e que completou, recentemente, seu 117.º aniversário. Disse ainda, em resumo, que seriam provavelmente inúmeras as dificuldades que a Associação encontraria pelo caminho, mas que era perigoso cruzar os braços. Encerrando, destacou uma das principais finalidades da Associação, que é a de divulgar, no seio do povo, as descobertas científicas e o progresso da ciência.

Foi dada a palavra em seguida, ao sr. J. Reis, que fez ligeiro histórico das atividades da entidade congênere existente nos Estados Unidos e combateu as tendências pessimistas por ventura existentes, quanto às possibilidades de êxito da Associação Brasileira para o Progresso da Ciência.

Usaram da palavra em seguida, com o fim de congratular-se com a iniciativa e para fazer diversas sugestões, muitos dos presentes, inclusive o prof. Jorge Americano. O sr. J. Eduardo Fernandes lembrou a necessidade da adesão da Associação Brasileira à "The World Federation of Scientific Workers".

Foi escolhida uma comissão, que se incumbirá da redação de um projeto definitivo dos estatutos a ser apresentado brevemente em reunião. A comissão ficou composta dos professores Paulo Sawaia, Jorge Americano, José Ribeiro do Vale e dr. José Reis.

Associação Paulista de Medicina

Departamento de Previdência — Constituiu acontecimento de relevo na vida médica paulista, a instalação do Departamento de Previdência da Associação Paulista de Medicina na cidade de Campinas.

A fim de assistir à cerimônia, seguiu desta Capital uma caravana composta dos srs. prof. Jairo Ramos, presidente da Associação Paulista de Medicina; prof. Ariovaldo de Carvalho, representante da assembléia permanente da classe; drs. Durval Rosa Borges e Sílvio de Oliveira Barros, respectivamente presidente e secretário do Departamento de Previdência.

Além da posse do novo delegado, prof. Mangabeira Albernaz, a solenidade teve por fim congregar os médicos de Campinas e cidades vizinhas em torno da campanha de reivindicação iniciada em S. Paulo, e que prossegue sob a direção do prof. Alípio Corrêa Neto.

O comparecimento foi elevado, notando-se a presença de cerca de 200 médicos, o que equivale a di-

zer que foi a maior concentração médica já verificada em Campinas.

Após a posse do prof. Mangabeira Albernaz, discursaram os membros da comitiva desta Capital, o novo delegado e representantes das entidades médicas locais. O prof. Jairo Ramos pronunciou uma oração de grande atualidade, a seguir reproduzida, sôbre os problemas econômicos do médico.

Como resultado imediato, deliberou-se que as sociedades médicas de Campinas, a exemplo do que vem acontecendo em S. Paulo, se conservassem em assembléia permanente, ao mesmo tempo que manifestassem apoio aos colegas da Capital que iniciaram a campanha reivindicatória.

Foi a seguinte a oração do professor Jairo Ramos:

"Sejam as minhas primeiras palavras de agradecimento à digna Sociedade Médica de Campinas, que nos honrou com um convite para falarmos aos médicos daqui.

Trataremos de interesses da classe médica, Denunciaremos seus problemas que a evolução social criou.

Existem problemas serios para a classe médica que a evolução social do mundo criou. Alguns devemos aceitar — são conquistas da humanidade, trazidas pelas modificações da nossa organização econômica. Outras, porém, precisamos combater: — são decorrentes de forças exploradoras que lutam para manter prerrogativas de classes, conquistadas no passado e que não mais se justificam.

A medicina social e a socialização dos serviços médicos constituem uma necessidade imperiosa que decorre da organização econômica da nossa época. Não podemos nos furtar a concorrer para a melhoria geral da saúde do povo e para o amparo mais eficiente do homem doente.

E' necessário, entretanto, que todos concorram para este objetivo final.

O médico vem perdendo, cada vez mais, a posição de destaque que mantinha na sociedade. Desapareceu o médico da família, o companheiro leal das alegrias e tristezas de um lar, conselheiro eficaz e respeitado para varios problemas da vida íntima. Hoje o médico é tido apenas como um profissional e como tal o doente escolhe de acôrdo com sua vontade, sem considerar princípios de ética e deveres que a educação dos nossos antepassados nos transmitiu. Não ha garantia para o profissional honesto. Sua dedicação e seu esforço no combate à doença quase nunca são recompensados, apenas pagos, como qualquer serviço por contrato. Foram os próprios doentes que tiraram dos médicos o caracter sacerdotal da profissão, pela falta de lealdade e de respeito a que o sacerdote tem direito.

Ao mesmo tempo que revogam para segundo plano o sacerdocio da medicina e suprimem a digna posição de médico de família, pretendem, com o pretexto de socializar, explorar o serviço médico em troca de uma remuneração de-

ficiente e por que não dizer, em desacordo com a situação social, cultural e moral do médico.

Analiseemos os fatos da vida atual e veremos se não nos assiste razão para assim concluir.

Ha muitas dezenas de anos o médico no Brasil empresta seu concurso a todas as sociedades de benemerencia, que cuidam da assistência médica ao indigente. São médicos que no trabalho diuturno e estafante das enfermarias comuns, expondo-se a contagios, e que não são raros, que concorrem para a grandeza e eficiencia da obra de assistência, e entretanto, não lhes é facultado assumir a direção efetiva de tais servios, que sempre estão entregues aos chamados mesarios, que nada entendem de medicina e que nem sempre cuidam de realizar administração econômica e eficiente, porque para isto teriam de perder tempo nas atividades que lhes trazem riquezas. São em grande maioria ótimos economistas para suas atividades privadas e péssimos ou quando muito regulares, para suas atividades nas sociedades de benemerência e só assim podemos explicar os "deficits" anuais de tais instituições, dotadas de grandes patrimônios e cujo serviço médico é gratis, apesar de ser o mais precioso e o mais eficiente.

As organizações que cuidam do amparo da saúde de seus associados, acumulam patrimônios, recebem donativos para melhorarem suas instalações e sempre retribuem deficientemente os serviços médicos. Há associados que conseguiram, graças a persistência no trabalho, inteligente e felicidade nos negócios, acumular grandes riquezas e que ainda continuam a usufruir os serviços médicos, de vez que são sócios remidos ou pagam com regularidade suas mensalidades. Com uma cifra que está muito aquém de suas posses adquirem direitos permanentes, que lhes facultam assistência médica gratuita, graças à péssima remuneração do profissional médico".

Serviços de aposentadoria permitem que associados ricos tenham

serviços médicos gratuitos, mesmo que internados em Hospita, paguem apartamento de luxo, uma vez que a situação econômica privilegiada permite mais comodidade. Entretanto o médico continua obrigado a lhes prestar assistência mediante a mesma remuneração insuficiente, que seria justa quando fosse para assistir ao necessitado de terceira classe ou de enfermária comum.

As companhias de seguro que mantêm ambulatórios médicos para acidentes profissionais, crescem aumentando seus capitais, restituem rapidamente o capital inicial aos seus proprietários, pagam juros fabulosos aos portadores de ações, e, entretanto, remuneram pessimamente o profissional que sem limite de horas de serviço assiste com eficiência, carinho e competência aos acidentados.

Os Institutos de Aposentadoria e Serviços semelhantes, mantidos pela indústria e pelo comércio, prestam assistência médica a seus associados, mantendo um corpo de profissionais habilitados, uma vez que para seu ingresso exigem concursos de provas ou de títulos, para assegurarem aquisição de bons médicos. Entretanto a remuneração do profissional é sempre deficiente. Toma-se por base o número de horas de serviço, exigindo-se número mínimo e não tomando em consideração as horas extraordinárias, que a natureza do serviço frequentemente está a exigir. Não é possível medir o serviço médico pelo tempo — hora — há ocasiões em que o profissional pode realizar seu serviço em menor prazo de tempo que o exigido em seu contrato; porém, inúmeras vezes é obrigado a um excesso de tempo — hora, — dadas às complicações que surgem na assistência do doente. No primeiro caso, não falta diretor do Instituto, que quase sempre é médico, que não se esqueça do memorando para lembrar ao funcionário relapso que o contrato exige determinado número de horas de trabalho. No segundo caso, o diretor não só se esquece de pagar uma sobre-taxa, pelo serviço

extraordinário, como ainda não agradece a dedicação do profissional competente e conscio de seus deveres, que se esqueceu do relógio, lembrando-se apenas do dever a cumprir e que constitui parte do seu juramento ao colar o grau de doutor em medicina.

Se considerarmos a soma de serviços realizados e a remuneração recebida, chegamos a resultados de estarrecer.

Pagam os Institutos de Aposentadoria a remuneração de 3.300 cruzeiros por mês.

Vejam a soma de serviços prestados pelos cirurgiões, durante o ano de 1947, de acordo com recente comunicação feita à Seção de Cirurgia da Associação Paulista Medicina: consultas 7.261; operações 703; pequena cirurgia 385; curativos 2.853; que perfazem um total de 11.212 serviços realizados, grandes e pequenos. Neste Instituto trabalham 3 equipes cirúrgicas, com um total de 9 cirurgiões, dando para cada um 1.348 serviços diversos. Se dividirmos o total de serviço realizado por 39.600 cruzeiros, que constitui a remuneração anual de cirurgião, sairá a 29 cruzeiros e quarenta centavos cada unidade de serviço.

Se analisarmos os serviços de outras Instituições teremos cifras semelhantes. Assim, 6 clínicos de afamado serviço social, dão 1.365 consultas mensais, cabendo a cada um 228 consultas, na média de 9 consultas diárias, se considerarmos 25 dias úteis de serviço mensal. Tais clínicos são pagos a razão de 3.500 cruzeiros mensais, de que resulta o preço de 15 cruzeiros e trinta e cinco centavos por consulta médica.

As cifras acima citadas dispensam qualquer comentário. São serviços médicos pagos abaixo do custo de muitas das profissões braçais.

Será para isto que estudamos 17 anos para obter o diploma profissional e o resto da vida para manter um nível mínimo de conhecimentos, que permita seguir o progresso sempre crescente da ciência médica?

Será para isto que precisamos manter um nível de moral compatível com a ética profissional?

Haverá alguém, interessado direito em manter tal estado de coisas, que virá nos dizer: — Mas a medicina é um sacerdócio...

A quem caberá a culpa da desvalorização crescente do serviço médico assalariado?

Perdoem-me a franqueza, colegas que me ouvem. Somos nós os profissionais da medicina os responsáveis diretos. Aceitamos e por vezes combatemos por obter posições e cargos que sabemos mal remunerados. Reconhecemos que estamos pisando terreno perigoso, porém nossa organização moral exige que falemos claro.

Sabemos que muitos jovens médicos argumentarão — Como então poderemos viver se nos faltam recursos econômicos para nos manter e a nossa profissão não permite oferecer serviços que não foram pedidos?

Analisaremos por um momento a situação do médico no Estado de S. Paulo. Recente estatística do Departamento Estadual de Estatística, demonstra que 55,6% de médicos que clinicam no Estado residem e exercem sua profissão na Capital, ao passo que há 25 municípios que não têm médicos residentes, não se contando outros que os têm em deficiência e desprezando os distritos de paz, aldeias e vilas, por vezes bastante populosos.

Se analisarmos a mesma estatística no que refere aos médicos formados nas duas Escolas Paulistas, veremos que 82% formados na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e 83,55% formados pela Escola Paulista de Medicina residem na Capital e aí procuram manter-se no exercício da medicina.

Criou-se assim o problema da pleitora, cada vez mais evidente e mais contristador quando analisarmos a carencia de profissionais no interior, pois para servir 23,75% da população do Estado, que reside na Capital, existem 2.718 médico ao passo que para os restantes 75,25%

dispõe a população apenas de 2.164 médicos.

Devemos recuperar o espírito de nossos antepassados e como bandeirante de saúde penetrarmos interior afora para levarmos aos nossos patrícos o conforto da assistência médica.

Essa solução será tanto mais confortadora quando pensarmos que além de contribuir para o progresso do Brasil, resolverá o problema econômico do médico, restabelecendo o caráter liberal do qual a nossa profissão dia a dia mais se afasta.

Falamos na sede de um dos municípios mais cultos do Estado. Dirigimos no momento a nossa palavra a médicos que labutam no interior, vencendo inúmeras dificuldades, e que são os nossos verdadeiros sanitaristas, porque assistem e protegem nosso trabalhador agrário, contra os danos da doença.

Homenageamos no momento a estes colegas, verdadeiros pioneiros, destemidos dos riscos da vida agreste, conscientes do dever a cumprir e colunas-mestras do progresso do Brasil.

Aqui viemos em caravana oferecer os benefícios do Departamento de Previdência da Associação Paulista de Medicina.

Aqui viemos pedir a colaboração de todos os nossos colegas do Estado, para que se congreguem em uma sociedade comum, a Sociedade dos Médicos de São Paulo, que a A. P. M. pretende realizar".

Premios — Desde 1935 vem a Associação Paulista de Medicina distribuindo premios aos melhores trabalhos científicos elaborados por seus associados. Tais premios têm contribuido de maneira eficaz para estimular e manter elevada a produção científica, desiderato principal dessa sociedade médica. Até agora foram criados 16 premios, destinados a trabalhos de Clínica Médica (premio "Diogo de Faria"), de Cirurgia Geral (premio "A. C. Camargo"), de Pediatria (premio "Clemente Ferreira"), de Cultura Geral (premio "José de Almeida Camargo"), de Neurologia (premio

"Enjorlas Vampré"), de Ginecologia (premio "Arnaldo Vieira de Carvalho"), de Obstetrícia (premio "Silvio Maia"), de Parasitologia Médica (premio "José Pinto Alves"), de Ginecologia (premio "Nicolau de Moraes Barros"), de Urologia (premio "Luiz Felipe Baeta Neves"), de Psiquiatria (premio "Franco da Rocha"), de Otorrinolaringologia (premio "Mario Ottoni de Rezende"), de Vitaminologia (premio "Vicente Batista"), de Dermato-Sifilografia (premio "Adolfo Carlos Lindenberg"). O premio "Honório Libero" é destinado anual e rotativamente, a cada uma das secções científicas em que se dividem os membros da Sociedade.

Diante de certas discordâncias e disparidades existentes nos regulamentos destes premios que, dificultando sua distribuição e gerando atrasos, davam margem a reclamações, a actual directoria da Associação Paulista de Medicina deliberou uniformizar todos os regulamentos, padronizando-os sob um único tipo.

São os seguintes os principais itens regulamentares que foram uniformizados para todos os premios: 1. o prazo de entrega dos trabalhos foi fixado, improrrogavelmente, para 30 de outubro de cada ano; 2. a comissão julgadora foi fixada em 3 membros, todos escolhidos pela Diretoria da A. P. M. entre os associados inscritos na Secção especializada para a qual é destinado o premio; 3. os trabalhos serão todos apresentados sob pseudônimo; 4. todos os premios são indivisíveis e, portanto, cada premio será conferido a um único trabalho, embora para a execução deste tenham concorrido varios autores; 5. a prioridade para a publicação do trabalho vencedor caberá à "Revista da Associação Paulista de Medicina"; 6. o presidente da A. P. M. será o árbitro supremo para decidir todas as dúvidas surgidas na interpretação do regulamento, ou resolver qualquer dificuldade na sua execução.

Além desta uniformização, todos os premios — excetuando os premios "Honório Libero" e "José de

Almeida Camargo" — passam a ser distribuido biennialmente. Os 14 premios que sofreram esta alteração foram divididos em 2 grupos, de 7 cada um: um grupo será distribuido nos anos pares e outro nos anos impares. Assim, nos anos pares, a partir de 1948, entrarão em concorrência os seguintes premios: 1. "Honório Libero" (rotativo); 2. "José de Almeida Camargo" (Cultura Geral); 3. "Margarido Filho" (Pediatria); 4. "Enjorlas Vampré" (Neurologia); 5. "A. C. Camargo" (Cirurgia); 6. "Nicolau de Moraes Barros" (Ginecologia); 7. "José Pinto Alves" (Higiene e Medicina Tropical); 8. "Vicente Batista" (Vitaminologia); 9. "Adolfo Carlos Lindenberg" (Dermato-Sifilografia).

Nos anos impares, a partir de 1948, serão disputados os seguintes: 1. "Honório Libero" (rotativo); 2. "José de Almeida Camargo" (Cultura Geral); 3. "Diogo de Faria" (Clínica Médica); 4. "Clemente Ferreira" (Tisiologia); 5. "Arnaldo Vieira de Carvalho" (Ginecologia); 6. "Silvio Maia" (Obstetrícia); 7. "Luiz Felipe Baeta Neves" (Urologia); 8. "Mario Ottoni de Rezende" (Otorrinolaringologia); 9. "Franco da Rocha" (Psiquiatria).

O premio "Honório Libero" continuará a ser distribuido rotativamente, cada ano para uma das secções especializadas em que se dividem os socios da Associação Paulista de Medicina. Tais secções são as seguintes: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Neuro-Psiquiatria, Tisiologia, Ginecologia e Obstetrícia, Urologia, Otorrinolaringologia, Dermato-Sifilografia, Pediatria, Higiene e Medicina Tropical, Radiologia, Patologia. No ano de 1948, este premio será disputado entre trabalhos atinentes à Radiologia e à Eletrologia; em 1949, será destinado a trabalho de Patologia.

Na Associação dos Médicos de Santos — Na sede da Associação dos Médicos de Santos realizou-se no dia 18, uma reunião conjunta de médicos e engenheiros, à qual compareceram representantes des-

ta Capital, Campinas e outras cidades do interior do Estado.

Desta Capital seguiu para aquela cidade numerosa caravana, da qual faziam parte dentre outros médicos, os drs. Alípio Correia Neto, Jairo Ramos, Humberto Pascale e João Berline Burza.

Os trabalhos foram abertos pelo dr. Edgard Boturão, tendo, a seguir, o dr. Emilio Navajas saudado os visitantes. Foram, após, convidados para presidir a mesa os drs. Alípio Correia Neto e Jairo Ramos.

Durante a reunião, o Dr. João Bline Burza rendeu homenagem à memoria do Dr. José de Almeida Pernambuco, recentemente falecido nesta Capital, sendo entregue ao Dr. A. Guilherme Gonçalves um diploma de delegado local da Previdência Médica, da Capital, de que foi portador o Dr. Durval Borges.

O prof. Alípio Correia Neto, esclareceu os motivos que proporcionaram a união dos médicos e engenheiros do Estado, que atualmente lutam por reivindicações comuns e pela equiparação de seus vencimentos, à semelhança do que foi proporcionado aos advogados do Departamento Jurídico. Referiu-se ao pouco caso com que aquelas duas profissões são tratadas, ao esquecimento a que foram relegadas, e às dificuldades de toda a ordem que lhes têm sido impostas.

Tratou ainda dos objetivos da atual campanha dos médicos funcionários municipais de São Paulo, que estão empenhados em conseguir nível de vencimento identicos ao da carreira de advogados da Municipalidade, campanha essa apoiada pelos médicos estaduais. Quando a estes, só vêem possibilidades para o inicio do proximo ano, embora sua campanha se arraste ha um ano, isto é, desde junho de 1947.

Terminou concitando os seus colegas santistas a se unirem em torno do grande movimento de ambito estadual, cujo objetivo primordial é a perfeita e difinitiva união da classe. Referiu-se tambem à forma de um órgão estadual, que contará de inicio com a As-

sociação Paulista de Medicina, a qual levará para a nova entidade os seus 2.500 socios.

Falaram ainda sobre o movimento em que se acham empenhados os médicos e engenheiros, os Srs. Drs. Durval Borges, Dr. Guilherme Gonçalves, Luis Mauro, engenheiro Saulo Bicudo e Dr. Humberto Pascale.

O professor Jairo Ramos, membro da Comissão representativa da Classe Médica Estadual, proferiu sobre a campanha de reivindicações dos médicos e engenheiros São Paulo, o seguinte discurso:

"Novamente falamos aos médicos de São Paulo. Desta feita temos a honra de falar perante uma assembléia de médicos de Santos, que a exemplo de São Paulo e Campinas, reúnem-se em sessão permanente para tratar das reivindicações da classe, que se sente menosprezada e atingida em sua honra profissional, pelo infeliz dispositivo das disposições transitórias da Constituição do Estado de São Paulo. Fomos duramente atingidos pelos legisladores, quando admitiram prerrogativas especiais aos advogados do Estado, em detrimento dos medicos e engenheiros, possuidores de identico "Curriculum Universitario" e exercendo atividades tão dignas como às dos doutores e bachareis em Ciencias Jurídicas e Sociais.

Felizmente a classe médica compreendeu a necessidade de se unir e este movimento que vimos assistindo é sumamente confortador. Entramos destemerosos na luta para reivindicar nossos direitos. Entretanto, nunca procuramos estabelecer confrontos e nem propiciamos motivos para uma luta de classe. Admitimos como justa a intenção do Estado em melhorar as condições economicas de seus auxiliares, combatemos, porem, a injustiça de só beneficiar uma pequena parcela de seus servidores. Reconhecemos a dignidade profissional e o alto valor moral do advogado do Estado, exigimos, porem que nos sejam reconhecidos iguais direitos.

Assim, não compreenderam alguns advogados que apresentaram uma justificativa, não assinada, à "A Gazeta", do dia 8 do corrente, quando dizem: (A fixação de salários, de regra, obedece aos seguintes critérios principais: o grau de habilitação profissional, a duração do trabalho, elementos a que se deveria aditar o tempo de serviço, ou melhor, a antiguidade e, principalmente, os interesses economicos que representam e defendem os funcionarios, elemento que gradua a responsabilidade da função.

Analisemos a justificativa acima citada. Pensamos que os referidos advogados não querem chamar a si prerrogativas especnais que os tornem os unicos habilitados profissionalmente. Tambem não acreditamos que o tempo de serviço e antiguidade sejam condições especiais ao exercicio da advocacia. Duvidamos que a duração do trabalho possa ser o fator que determina o privilegio especial do advogado do Estado, pois desconhecemos serviço médico que possa ser regulado pelo numero de horas de serviço, tanto para o profissional que exerce a clinica, nos Serviços de Pronto Socorro do Estado, como para o que se dedica à higiene, ou melhor, à medicina preventiva, sem contar com os perigos de vida ou invalidez a que o médico está sujeito, pelo contagio que advem no trato do doente contagiante. Nem tampouco reconhecemos no advogado do Estado a exclusiva necessidade do estudo, da meditação e do trabalho de gabinete.

Deixamos para discutir por ultimo o "item" final — interesses economicos que representam e defendem os funcionarios, elementos que gradua a responsabilidade da função. Realmente, os advogados defendem o patrimonio do Estado e muitas vezes fazem reverter aos cofres estaduais e municipais importancias ponderaveis que facilitam à administração. E' neste setor, entretanto, que desejamos salientar o trabalho dos médicos e engenheiros do Estado.

Interesses economicos representam os fatores construtivos que facilitam e ampliam a produção, que concorrem para a melhoria dos transportes, dos meios produtores aos consumidores; que metrabalhador, tornando-o mais eficiente; que modificam as condições de fertilidade da terra, melhorando o terreno e alterando o sistema da plantação; que saneam zonas infestadas por endemias, possibilitando o aproveitamento de terras férteis; que educam o povo nos principios de higiene, cuidando da formação de uma raça forte e sadia; que pesquisam e fabricam nos laboratorios os recursos necessarios ao combate às doenças; que edificam fabricas, montam usinas e constroem siderurgicas, que tornam um povo rico, independente e auto-suficiente.

Estas atividades cabem precipuamente aos médicos e aos engenheiros.

Foram os engenheiros que construíram nossas vias ferreas e auto-estradas, nossas fabricas e usinas geradoras de eletricidade. nossas siderurgicas e as pesquisas relativas ao petroleo, nossos portos e grandes metropoles e seus serviços correlatos.

Foram os medicos do Estado e particularmente os higienistas que sanaram muitas de nossas grandes cidades, livrando-as da febre amarela, como fez o inolvidavel Emilio médico e engenheiro e julguem a injustiça da afirmativa dos articulistas anonicos.

Infelizmente as criticas às nossas atividades não vieram apenas através o anonimo. Na Assembléia Legislativa Municipal da cidade de São Paulo, o doutor Marcos Melega, illustre, digno e culto vereador, achou por bem definir quais as condições que determinam a remuneração do trabalho, citando o texto constitucional que diz: "A ordem economica deve ser organizada conforme os principios de justiça social, conciliando a liberdade de iniciativa com a valorização do trabalho humano". Nesta ordem de idéias conclui: "Assegu-

rada a liberdade de livre escolha da profissão ou trabalho como meio economico social, para alcançar a finalidade a que se dispoz — não pode quem assim tenha procedido, posteriormente invocar principios colidentes com a iniciativa que tomou". Nestas condições precisa o individuo que assim procedeu, sujeitar-se ao dispositivo — "Trabalho diferente, vencimentos diferentes, pois no campo economico, das atividades distintas impõem criterios diferentes para remuneração, como decorrendo do trabalho prestado". Prosseguindo, diz: "os vencimentos, quaisquer que sejam eles, decorrem da utilidade ou do resultado obtido pela prestação de serviço. A paga resulta da produção; melhor produção, melhor paga e assim não se deve arguir igual "Curriculum" Universitario, pois se assim fosse seria fazer tabula rasa na diferenciação de valores".

Infelizes sobre todos os aspectos as ponderações do ilustre veedor.

Queríamos que nós dissesse o digno representante do povo o que considera como valorização do trabalho, utilidade ou resultado obtido pela prestação de serviço; melhor paga e, por último, diferenciação de valores.

Será que o digno Edil considera valorização de trabalho apenas a prestação de serviço que defende o Patrimonio do Estado, contra falcatreiros especializados em escrituras falsas e recalcitrantes aos pagamentos de impostos? Será que estas atividades merecem uma classificação especial de diferenciação de valores?

Meditem, caros colegas e engenheiros que nos ouvem. Analisem as afirmativas acima citadas. Nossas atividades, como valores economicos, a que já fizemos referencia, não constituem valorização do trabalho, nem serviço util; e não nos é dado reclamar, pois contra nossas reivindicações, prevalecem as "diferenciações de valores", dadas pela profissão, que talvez tivéssemos escolhido, se fôssemos capazes de prever que em 1947 a

Constituição do Estado valorizasse tanto uma profissão em detrimento de outras.

Nossa luta para obter equiparação na paga de serviços prestados, segundo o Sr. Melega, é injusta e sem razão, pois pretendemos nivelar por baixo o valor do serviço prestado, deixando de considerar a "diferenciação de valores". O que pretendemos colide com os principios de Justiça Social, pois que trabalho diferente, precisa ter vencimentos diferentes, de vez que no campo economico o trabalho prestado pelo advogado do Estado não encontra paridade com os serviços realizados pelos médicos e engenheiros.

Estranha maneira de julgar o valor economico. Sempre supuzemos que a economia do Estado estivesse na dependencia direta dos fatores de produção, que como já dissemos e convem mais uma vez repetir, resultam, primordialmente, das atividades do engenheiro, que prepara a terra, facilita o transporte planeja e edifica fabricas e usinas hidroletricas e do médico, que cuida da saude do trabalhador, combatendo as endemias a bem da salubridade do local de trabalho. Nada disto constitui valor economico ponderavel, pois são atividades das quais não decorrem utilidade e que não condicionam resultado economico pela prestação de serviço.

Nossas atividades, de engenheiro e de médico, não são fatores de produção e como "a paga depende de produção", não nos é lícito reclamar equiparação, diz o Sr. Melega, pois assim iríamos incidir nos principios de Justiça Social, que estabeleceu de modo nítido a "diferenciação de valores". "Diferenciação de valores" que precisaria ser mantida, pois segundo o seu modo de pensar, o progresso do Estado dependerá de seu patrimonio inexplorado e de executivos fiscais. O progresso, portanto, não resultaria dos fatores de produção, no sentido que pensamos ser o correto, porem das rendas que o Estado auferir do produtor para retribuir em beneficios

que a civilização criou para o conforto do homem que trabalha e para a segurança da sociedade em que vive.

Engana-se o digno vereador quando confunde distribuição de justiça e aplicação dos direitos do homem, da sociedade e do Estado, com o fator econômico produtivo. Este advem do trabalho construtivo, aquela é a garantia que as atividades produtoras exigem do Estado. São atividades correlatas e independentes. Onde então encontrou o sr. Melega a "diferenciação de valores", se o progresso do Estado depende da harmonia e da igualdade de todas as atividades?

Do que dissemos ressalta a primordial importância do "Curriculum" Universitário, expressão de cultura, no terreno geral e o da competência e capacidade de trabalho, no terreno particular. Só assim seria permitida a expressão "diferenciação de valores".

Senhores: a ocorrência na Assembleia Legislativa Municipal que citamos pode ser, a nosso entender, mais grave do que pensam. A palavra partiu de representante graduado de um grande partido, líder de bancada e assim voz autorizada a falar em nome de um partido. Será que a União Democrática Nacional, pujante e clarividente Partido Nacional, que desfraldou a bandeira da democracia na luta contra o Ditador, pela voz autorizada de um de seus líderes,

assumiu atitude definida nesta luta em que nos empenhamos?

Deixamos no ar esta interrogação: não iremos cimentá-la, preferimos silenciar e guardar dentro dos nossos corações a grata recordação das memoráveis campanhas democráticas que a U. D. N. realizou.

Negros serão os nossos horizontes se vacilarmos na luta em que estamos empenhados. Precisamos de energia e esta só advirá através da união da classe.

E é por isto que aqui estamos para apelar aos médicos que se unam dentro do quadro da Associação Paulista de Medicina, a fim de torná-la a Sociedade dos Médicos do Estado de São Paulo".

A reunião encerrou-se depois das 24 horas, tendo sido apresentadas várias sugestões.

Foi também empossada a Comissão representativa dos médicos e engenheiros da Assembleia Permanente de Santos, a qual está assim constituída: Médicos: drs. João Carlos Azevedo, Edgard Ferraz Navarro Chrismauro Bacelar, Eduardo Barreto de Sousa e Cid Bitencourt; engenheiros: João Carlos Mendonça, Saulo Bicudo, Luis Cursino, Antonio Lotufo, Ararvando Clemente e Tomás Amarante.

Essa comissão presidirá as sessões semanais que serão realizadas todas as quarta-feiras escalando um membro que estará presente todas as segundas-feiras nas sessões da Assembleia Permanente da Capital.

Necrologia

Dr. Mario Pernambuco — Realizaram-se no dia 18 de junho, no Cemitério do Araçá, os funerais do dr. Mario José de Almeida Pernambuco, diretor dos Centros de Saúde da Capital. A beira da sepultura falou, ao baixar o corpo, o dr. Augusto Paulino Filho, colega do morto, que pronunciou as seguintes palavras:

"A classe médica brasileira está de luto pela perda dolorosa e irreparável do dr. Mario José de Almeida Pernambuco. E aqui reuni-

dos vimos apresentar ao ilustre extinto as nossas últimas e sentidas despedidas.

Foi o idealizador e o criador do Serviço Médico do extinto Departamento do Serviço Público, hoje Departamento Médico da Secretaria e da Administração daquele Departamento que aqui estou para apresentar ao nosso inesquecível ex-diretor, as nossas dolorosas despedidas.

Afigurou-se-nos irrealdade quando ontem, às 13 horas, tivemos as

primeiras notícias do doloroso acontecimento. Logo a seguir, dirigimo-nos, num só bloco, médicos e funcionários, à residência do dr. Mario Pernambuco, onde constatamos, pesarosos, a triste verdade: falecera o diretor amigo, o médico piedoso, o colega prestimoso, o pai extremamente bom.

Dr. Mario Pernambuco! Que de exemplos não nos deu em toda a sua existência, paradigma nobilíssimo, pelo amor ao trabalho e pelas realizações grandiosas em múltiplos setores da vida pública, em que militou por mais de 30 anos, como médico do Departamento de Saude do Estado. Destaco particularmente sua passagem pelo extinto D. S. P., como primeiro Diretor do Serviço Médico, no longo período de Setembro de 1942 e abril de 1947. Arquitetou, sábia e engenhosamente, o arcabouço sólido da Secretaria do Governo. Acompanhou, passo a passo, o crescimento do Serviço Médico, a menina dos seus olhos, e ao qual dedicou grande parte de sua existência.

Enxergou a premente necessidade de que se ressentia, no setor da assistência médica, o funcionalismo público do Estado, lançando as sólidas bases do organismo que, sem dúvida, preenche suas finalidades e que é de benéfica e extraordinária consequência para o bem da Administração Pública.

Graças à sua larga visão e espírito de empreendimento é que temos hoje um órgão até há pouco inexistente, não obstante sua imprescindível necessidade, e dotado de quanto for necessário para a realização de suas finalidades: o Departamento Médico.

As homenagens que ora prestamos, aqui ao lado do corpo do nosso querido dr. Mario, não são as primeiras. Já, por ocasião do trigésimo aniversário de funcionalismo público a classe médica de São Paulo, em peso, acorreu para saudá-lo e cumprimentá-lo.

Nem serão as últimas, pois nós renderemos perene homenagem ao dr. Mario Pernambuco, seguindo seus ensinamentos imitando suas

virtudes e palmilhando pela mesma nobre e sublime senda do amor ao trabalho, do exato cumprimento dos deveres profissionais, a custa mesmo dos maiores sacrifícios e principalmente do espírito de renúncia e abnegação imposto aos que querem viver ensinando a verdade e praticando o bem.

"Morreu o doutor Mario Pernambuco. Morreu do coração aquele que viveu pelo coração".

Foram as seguintes as palavras do dr. Alvaro Camera, falando em nome do Serviço de Centros de Saude, da Capital, do qual era diretor o saudoso extinto:

"Dr. Mario.

Pela vontade manifestada de nossos companheiros do Serviço de Centro de Saude da Capital, fui eu, que mais me liguei a você no trabalho de todos os dias, o indicado para representa-los nesta dolorosa homenagem póstuma.

Sinto que me faltam as forças, escassas e já combalidas ao choque do primeiro momento, e receio que a vibração incontinida da amizade que lhe dedico, que para todo o sempre lhe dedicarei, venha a cercear a livre manifestação dos meus pensamentos, obscurecendo-me as orações e roubando-me a possibilidade de falar ao nosso bondoso chefe e amigo com aquela clareza que há em nossos sentimentos.

Quando tive a ventura de o conhecer, Dr. Mario, em meu posto de trabalho, na cidade de Cajurú, no ano de 1921, desde logo aprendi a conhecer-lhe as excelsas qualidades de chefe e amigo, de homem exemplar e exemplaríssimo pai e esposo. Aí começou toda a admiração que lhe devoto, e os que me conhecem bem julgarão das emoções que me dominam ao recordar a amizade que mantinhamos, resultante de tão longo período de convívio, em trabalho ininterrupto de saude pública, pelo bem da coletividade.

Vendo-o atingido pelo golpe da fatalidade, que lhe ceifou a vida quando esta lhe acenava com possibilidades maiores, com perspectivas mais tranquilas — resta-me

o conforto íntimo de que o gelo da campa não atingirá a lembrança de uma afeição sincera, como nada poderá atingir a adoração que se tributa a uma memória querida.

Senhores.

Aqui estamos no cumprimento de uma nobre e pia missão, fiéis observadores da religião e do dever, para prestar as homenagens de todos os companheiros e auxiliares de serviço do nosso preclaro diretor dr. Mario de Almeida Pernambuco.

A beira deste tûmulo, que vai encerrar os seus despojos, os funcionários do Serviço de Centros de Saude da Capital pranteiam amarguradamente tão irreparavel perda.

Senhores.

A apreciação da individualidade do dr. Mario Pernambuco, nas sucintas palavras que o momento comporta, descreve, na auréola do seu merecimento mais intensivo, o cristalino matiz do seu carater, com as excelências de chefe e de médico.

Diplomado pela Faculdade de Medicina do Rio, onde patenteou entre mestres e colegas o seu acendrado amor à carreira que escolhera, seguiu após para a França e os Estados Unidos, guiado pelo seu venerando pai e colega, em viagem de estudos que objetivavam o melhor desenvolvimento de sua capacidade profissional, em benefício dos que sofriam.

A Comissão Rockefeller, reconhecendo-lhe altíssimas qualidades de higienista admitiu-o em um dos seus setores de trabalho para, em seguida, promovê-lo a diretor dos seus serviços no Estado Bandeirante. Aqui se fez notável a sua atuação na campanha contra a verminose e no saneamento rural, o que lhe valeu o convite, da parte do governo do Estado, para exercer o cargo de inspetor-chefe dos Municípios.

Logo a seguir Delegado de Saude de Campinas, ali deixou amigos e realizações inesquecíveis.

Médico-chefe de Centro de Saude da Capital e após diretor do Serviço de Enfermagem, criou a

Escola de Enfermagem, dando-lhe estruturação nova e completa.

Diretor do Serviço de Centros de Saude da Capital, logo depois diretor do Serviço Médico do D. S. T., imprimiu a esse órgão feição modelar, merecedora dos maiores encomios e cujos resultados aí estão a atestar o valor do seu trabalho.

Inteligência lucida, amaneirado sempre, às vezes prudente e expectante, mas sempre resoluto e oportuno em suas deliberações; irrepreensível em sua vigilância às normas deontológicas; meigo, sereno e alegre, encarnava o dr. Mario o tipo verdadeiro do médico e do chefe, na beleza qualitativa e quantitativa de sua organização espiritual.

Por isso se tornou popularissimo no meio dos amigos e subordinados.

Defensor imperterritito de direitos, advogou a causa dos médicos funcionários em recente entrevista publicada em "A Gazeta", fazendo ressaltar nesse pleito a justiça que o caracteriza.

E esse homem é apanhado de surpresa, pelo maior dos desastres da "grande travessia", justamente quando a vida, até então de sacrificios, lhe apontava futuro mais tranquilizador.

Como já se disse — a morte, esse terrivel monstro, elege, para o seu impiedoso ceifar, os puros, os bons, os grandes! Assim elegeu o nosso saudoso diretor, dr. Mario Pernambuco.

Acometido de mal súbito na madrugada de ontem, momentos antes prestara serviços médico à sua digna consorte e a um filho, acamados havia cinco dias, e à beira de cujos leitos ele atendia em vigílias solícitas de médico, esposo e pai.

Ainda na véspera do desenlace trabalhara, em sua repartição, até as últimas horas no expediente, em que foi levar ao senhor diretor geral do Departamento de Saude processos que demandavam urgentes providencias.

E assim terminou os seus dias numa comovedora demonstração de amor e de trabalho.

Senhores, colegas e companheiros de serviço!

Sobreviverão os feito desse grande coração, que afagou os mais puros afetos e se transformou, desde cedo, numa estância de estre-mecido Amor, este sentir dos justos, que tem os ardores da Fé, as doçuras da Esperança e a singeleza da caridade! Sua lembrança não findará!

Cumpre-nos agora silenciar, ante a verdade esmagadora e cruel desta despedida, aceitando-a resignados, transidos de dor, desvairados com o sofrimento desta hora que a saúde eternizará.

Dr. Mario.

Aceite, de todos os seus companheiros de trabalho, o mais sentido Adeus".

Em seguida, em nome da Divisão de Serviço do Interior, falou o dr. Maragliano Junior que pronunciou o seguinte discurso:

"Aqui estou, Pernambuco, sopitando as lágrimas, para dizer-te o adeus de teus companheiros do nosso Departamento de Saúde, no instante em que, descendo à paz consoladora da Tera, mãe de todos nós, te transferes, calmo e bom como foste em vida, da iniquidade e da injustiça dos homens, para a quietude e a justiça da presença de Deus.

Quasi não cremos que morreste — nós, os teus amigos e antigos companheiros de jornada, tão simples foi o teu trepassar, tão repentino e sem cuidados, como sem cuidados e repentina era a amizade que nascia em cada um dos que mereciam do inefável prazer da tua amizade, sempre pura, sempre igual, sempre desinteressada. Desces agora ao seio do chão, todo silêncio e mistério, para a grande viagem ao sol posto, e é como si estivesses ainda ao nosso lado, companheiro nosso de todas as horas, as boas e as más — pouca aquelas, muitas estas — vivendo conosco um grande ideal: o de servir à nossa terra e à nossa gente.

Quasi toda a tua jornada no serviço público foi feita na nossa casa: de início, na Higiene dos Municípios, depois como Delegado de Saúde em Campinas. E tal foi o

rastro luminoso da tua presença em nossa casa — como homem, como servidor e como amigo — que ainda que a tivesses deixado, a chamado de outros deveres, ela continuou a pertencer-te, como si jamais a houvesse deixado.

Hoje, continuamos nós a jornada comum, já agora privados para sempre da tua companhia, que nunca perdemos, queremos crer, pensar que ainda estás vivo, que ainda estás ao nosso lado, cumprindo o teu dever — esse dever que foi a tua marca e a tua gloria em tua longa carreira de servidor público — em recompensa ao qual compareces agora diante de Deus com as mãos vazias, porque honestas, mas com a consciência clara e desanuviada, porque isenta de qualquer mancha.

E' esta a tua gloria e o nosso consolo e refrigerio neste transe dolorido em que te vimos depositar ao aconchego silencioso do campo-santo. Porque, morto, Pernambuco, a tua vida trabalhadora e honesta assume para nós o significado de um exemplo e de um ensinamento. Aprendemos contigo, neste instante, que não é mister, ao longo da nossa jornada pela vida, chegar ao seu término recoberto das fatuas glorificações da vaidade humana, nem com as mãos pejudadas de muito ouro, nem sempre licitamente acumulado, mas apenas com o coração descansado e a serena consciência do dever cumprido.

Não importam as agruras que hajam pontilhado a tua existência, nem os dissabores, nem as injustiças, nem a messe que esperavas e que arrebataram de tuas mãos. Nesta hora materializada, torva e incerta que atravessamos, quando um homem pobre e bom cerra os olhos, são a sua coroa de louros as lágrimas que descem dos olhos daqueles que o conheceram e o estimaram. São justamente estas, Pernambuco, as folhas que faltam à tua coroa, já entretrecida com as lágrimas dos teus, com as quais nos — teus companheiros do Serviço do Interior — te cercamos a frente, para todo o sempre imobilizada, e que são o testemunho da nossa saudade e do nosso dolorido adeus".

Movimento demógrafo-sanitário

Os dados do mes de abril — Segundo dados fornecidos pela Divisão de Estatísticas Demográficas, do Departamento Estadual de Estatística, faleceram no município desta capital, durante o mês de abril último, 1.565 pessoas, sendo vitimadas por febre tifóide, 9; coqueluche, 13; difteria, 5; tuberculose, 147; impaludismo, 1; sífilis, 29; gripe, 9; sarampo, 3; tifo exantemático, 2; disenteria 12; meningite cerebrospinal (meningocócica), 3; tetano, 10; septicemia não puerperal, 1; micose, 1; outras doenças infecciosas e parasitárias, 17; cancer e outros tumores malignos, 116; tumores não malignos ou cujo caracter não foi especificado, 7; doenças gerais, 34; do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos, 95; dos

aparelhos: circulatório, 310, respiratório, 135, digestivo, 249 (sendo 127 menores de 1 ano), urinário e genital, 117; doenças da gravidez, do parto e do estado puerperal, 15; da pele e do tecido celular, 3; dos ossos e dos órgãos da locomoção, 2; vícios de conformação congênitos e doenças peculiares ao primeiro ano de vida, 103; senilidade, 3; suicídios, 34; homicídios, 8; acidentes de automóveis, 24; mortes violentas ou acidentais 42; causas indeterminadas, 878 pertenciam ao sexo masculino e 687 ao feminino; 326 eram menores de 1 ano e 81 residiam fora do município. Houve, no mesmo período, 1.228 casamento, 4.247 nascimentos e 173 natimortos.

Campanha Contra a Tuberculose

Novo hospital em Campos do Jordão — Num dos pontos mais altos da serra da Mantiqueira, em Campos do Jordão, em terreno doado pelo Estado, a Associação dos Sanatórios Populares construiu o seu terceiro hospital para tuberculosos pobres, o "S-3", com 330 leitos.

Especialmente convidados para presidir à cerimonia de inauguração do "S-3", estiveram presentes o sr. Ademar de Barros, governador do Estado; d. Leonor Mendes de Barros, presidente da Bandeira Paulista contra a Tuberculose, instituição que contribuiu com a importância de 500 mil cruzeiros para a construção do Sanatório: os diretores de Associações dos Sanatórios Populares, o prefeito de Campos do Jordão, sr. Orestes de Almeida Guimarães, vereadores, diretores de instituições hospitalares e de assistência aos tuberculosos, outras autoridades e grande número de moradores daquela estância climática.

Inicialmente, falou o presidente dos "Sanatorinhos", sr. Nestor Ferreira da Rocha, que se referiu a

exiguidades de leitos no país, obrigando as diversas instituições hospitalares a recusar internamento a 77 de cada 100 doentes necessitados. O orador discorreu sobre os futuros planos da Associação dos Sanatórios Populares, que pretende construir novos hospitais, além de edificar um grande abrigo nas proximidades da capital, a fim de socorrer os casos considerados "perdidos". Evita-se desta forma, que doentes em fase adiantada ocupem em Campos do Jordão, sem qualquer possibilidade de aproveitamento, lugares que iriam restituir a saúde a outros que ainda a podem recuperar.

Falou a seguir o sr. Radir de Queirós, diretor-clínico dos "Sanatorinhos", que se referiu ao problema da tuberculose no Brasil, à profilaxia do mal e à assistência sanatorial. Após ter usado da palavra o sr. Orestes de Almeida Guimarães, prefeito de Campos do Jordão, a sra. Leonor Mendes de Barros cortou a fita simbólica, dando por inaugurado o pavilhão "S-3",

tendo frei Francisco Frai procedido à benção do predio.

Durante a estada em Campos do Jordão, o chefe do governo tratou com os dirigentes municipais e outras autoridades do plano de construção de um sanatório, em terre-

nos do Estado, para abrigar os doentes detentos da Penitenciaria de São Paulo e das cadeias públicas.

Cogita-se d edificar um pavilhão com 100 leitos para recolher os presos tuberculosos.

IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

Arquivos de Biologia, 284, março-abril de 1948 — A epilepsia e seu tratamento — Dr. D. M. Gonzalez Torres; Iôdo e Hipertireoidismo — Dr. Vasco Ferraz Costa; Incompatibilidade materno fetal O-B com alto teor de anticorpos no leite — F. Ottensooser, Roberto Pasqualin e Kuy Faria; Sôbre as propriedades bacteriostáticas da semicarbazona do p-Nitrobenzaldeído — Giuseppe Cilento e Floriano de Almeida.

Arquivos de Neuro-psiquiatria, VI, 2, junho de 1948 — A eletroencefalografia na epilepsia — Drs. Olavo Pazzanese e Paulo Pinto Pupo; Obsessions graphomaniaques, puerilisme, chez un psychopathe homosexuel. Contribution clinique-psychologique à l'étude des arrierations psycho-affectives — Dr. M. Schachter; Psicoses tóxicas consequentes à administração de quinacrina — Prof. Paulino W. Longo e dr. Joy Arruda; Tumor da região do terceiro ventriculo. Diagnóstico eletreencefalográfico — Prof. Paulino Longo e drs. Paulo Pinto Pupo, A. Matos Pimenta e Otávio Lemmi; Enxaqueca oftalmoplégica. Estudo clínico e eletreencefalográfico de dois casos — Prof. Paulino W. Longo e Ors. Paulo Pinto Pupo e Otávio Lemmi.

Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas, 6, 2, maio de 1948 — Maior segurança e maior eficiência no tratamento das estenoses cicatriciais do esôfago — Dr. Gabriel Porto; Medicina Psicossomática — Estado atual —

Dr. José Proença Pinto de Moura; Laboratório Regional do Instituto Adolfo Lutz em Campinas. Sua finalidade — Dr. Fausto de Oliveira Quaglia.

Medicina Moderna — I, 2, abril-junho de 1948 — O valor terapêutico dos raios ultra-violeta — Dr. Rolim de Moraes; Choque obstétrico — Dr. Eduardo Martins Passos; Algumas considerações sôbre o tratamento cirúrgico do rim policístico — Dr. Honório Dias Soares; O parto pélvico — Dr. Paulo Schmidt Goffi; Tratamento das fraturas supra-condilianas do úmero na criança — Dr. Orlando Graner; A situação da filosofia no Brasil e em outros países da América — Prof. João Cruz Costa.

Revista Brasileira de Leprologia — XVI, 1, março de 1948 — O mal perfurante plantar na lepra — Linneu M. Silveira; Os Dispensários na Profilaxia da lepra — José Augusto Soares.

Revista do Hospital N. S. Aparecida, I, 2, abril-maio de 1948 — Tionembutal intramuscular — Drs. Ernesto Vergara e Alvaro Pena; Promonto-fixação — Dr. João Prado; Aspectos eletrocardiográficos da associação dos infartes pôstero-inferior e anteroseptal — Dr. Quintiliano H. de Mesquita; Tratamento médico do prolapso infantil pela injeção de leite — Drs. Erasto Prado e Pedro Refinetti; O uso do Lygranum na linfogranulomatose venerea — Dr. Erasto Prado; Arsenoterapia intensiva pelo método de

Thomax-Wexler e proteção pelo fator anti-tóxico — Dr. Paulo Paes de Oliveira; Sentido atual da profissão médica — Prof. Eurico da Silva Bastos.

Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo, VIII, 4, abril de 1948. — O pneumotorax extra-pleural — Drs. B. J. Fleury de Oliveira e Carlos Ary Machado; Considerações sobre a sífilis do escolar — Dr. Mendes de Castro.

Revista Paulista de Medicina — XXXII, 1, janeiro de 1948 — Perfurações do esôfago e suas principais complicações — Dr. Nairo França Trench e Dr. Saturnino Cintra Branco.

Publicações Médicas — XIX, 171, outubro a janeiro de 1948 — Sirin-

gomiela — Zacarias Maciel; Da oportunidade de algumas intervenções cirúrgicas e ortopédicas na criança — Carlos de Freitas da Gama; Terapêutica da lepra tuberculóide pela solutiazamida associada ao sterogil — Armin Niemeyer.

Selecta Chimica, 7, dezembro de 1947 — Sobre Insulina — K. Slotta; O metabolismo dos Lípidos — H. Hauptmann; Experiências sobre a Síntese de Nucleósidos e Nucleótidos — H. Joseph; Chronica Chimica Anni MCMXLVIII — H. Reinholdt.

Revista Clínica de São Paulo, XXIII, 1-2, Janeiro-fevereiro de 1948 — Síndrome de Laurence-Moon-bardet-Biedl — Drs. Aldo Bruno de Finis e Diogo Pupo Nogueira.

CONGRESSOS MÉDICOS

V Congresso Interamericano de Cirurgia

Sua realização em La Paz — Deverá realizar-se em La Paz, na Bolívia, de 17 a 21 de outubro futuro, o V. Congresso Interamericano de Cirurgia, organizado pela Associação de Congressos Interamericanos de Cirurgia (A. C. I. C.). O Colégio Brasileiro de Cirurgiões, filiado à A. C. I. C., representará oficialmente o país na grande reunião de La Paz.

Os relatores dos temas oficiais pertencem ao país que é sede do congresso, no caso a Bolívia.

Cada país filiado à A. C. I. C. enviará três correlatores dos temas oficiais.

O C. B. C. escolheu os seguintes relatores: 1. Prof. Benedito Montenegro (São Paulo) — infarto hemorrágico do intestino; 2. Prof. Achilles de Araujo (Rio) — Tra-

tamento das fraturas da extremidade inferior do radio, de suas complicações e sequelas; 3. Dr. Joaquim de Brito (Rio) — Volecelo da alça sigmoide.

Além dos temas oficiais o congresso receberá temas livres, apresentações de técnicas, de aparelhos, e "filmes".

Grande interesse está despertando na Capital do país a reunião de La Paz, e o C. B. C., e os diferentes Capítulos, estão recebendo as inscrições de trabalhos.

Em São Paulo, o sr. Sebastião Hermeto Junior, mestre do Capítulo receberá as inscrições, podendo os interessados dirigir-se diariamente, no período da manhã, à 2.ª Clínica Cirúrgica de Homens (Serviço Raul Vieira de Carvalho), da Santa Casa.

GLUFITOL - COLAGOGO E COLERÉTICO
1 COLHER EM JEJUM

ASSUNTOS DE ATUALIDADE

O Radon em Dermatologia

As indicações do agente da moda — Segundo trabalho de A. Muscer no Wiener Klinischen Wechenschrift, os banhos com Radon são utilizados em dermatologia, sob a forma de banhos de imersão, completos ou locais, pés, mãos ou totalidade dos membros. Os banhos locais dão ótimos resultados nos casos de acidentes devidos ao frio, friciras, e, algumas vezes, em casos de esclerodermia, bem como em certos eczemas.

Doses: mais ou menos 40 a 80.000 microcuries por banho de 200 litros. Os banhos são tomados diariamente durante meia hora e por 2 ou 3 semanas. Banhos completos são principalmente destinados a casos de "dermatosis exfoliativa" (depois de Salvarsan), de

eczemas disseminados e muito tenazes, psoriasis comum e artropática, esparsa e difusa, e de "prurigo" generalizado; algumas vezes em casos de queimaduras ou de lesões de decubitus.

Os banhos são prescritos diários ou de dois em dois dias. A banheira deve ser coberta por uma tampa ou uma toalha, si se deseja evitar o desperdício do Radon.

De quando em vez, são aconselhados tratamentos adicionais por meio de inalações ou de bebidas radioativadas, para confortar e tirar as dores em alguns casos de herpes zoster, de nevralgias perseverantes, de dermatoses de caráter reumático, psoriasis artropática com dores lancinantes nas juntas, etc.

Tratamento da cirrose hepática

A cirrose hepática tratada com a methionina — O The Journal of the American Medical Association, CXXXVI, 934, de 3 de abril de 1948, publicou um interessante editorial com o título "A cirrose hepática tratada com a methionina", o qual, dada a oportunidade do assunto, passamos a transcrever a seguir:

"Em janeiro de 1947 o Conselho de Farmacia e Química relatou o papel da metionina na prevenção e tratamento dos males do fígado (1). Certos agentes químicos produziram lesões no fígado de animais postos sob experiência, lesões estas que lembravam àquelas vistas do homem; com cirrose portal.

Nas experiências provou-se que os males do fígado podem ser causados por deficiência na dieta. Gyorgy e Goldblatt (2) verificaram que a necrose ou cirrose do fígado seria desenvolvida em ratos sob uma dieta pobre em proteína e que a administração da colina

iria prevenir o desenvolvimento de tais condições. Daft, Sabrell e Lillie (3) confirmaram esse trabalho e viram também que alguma proteção ao fígado era oferecida pela adição da colina e caseína. Num relatório feito mais tarde, Gyorgy e Goldblatt concluíram que a cirrose produzida em animais com dieta baixa em proteínas, seria prevenida com uma combinação da colina e cistina ou com a methionina somente. O Conselho, em seu relatório, salientou, entretanto, que a cirrose - produzida em animais por meio de dieta e com fim de experiência, não é histologicamente a mesma que a cirrose portal encontrada no homem, e que as experiências necessitavam de confirmação clínica em pacientes humanos.

Desde que o relatório do Conselho foi publicado, um estudo num grupo de acientes com cirrose tem sido relatado (5) or Beams e Endicott. A nove pacientes com cir-

rose em grau não muito alto, foram dados dl de methionina por via oral; três pacientes que estavam extremamente doentes, primeiro receberam uma solução de 2% do agente por via intravenosa, de 8 a 20 dias, precedendo a administração oral. A todos os pacientes deste grupo foi dada uma dieta pobre em gorduras e rica em proteínas, e 45 gm. de levedo de cerveja por dia, exceto 1 paciente que não era capaz de tomar tanta proteína e levedo. Todos, com exceção de 1 receberam 5 cc. de extrato de fígado cru, 3 vezes por semana. Um 2.º grupo de 5 pacientes, incluindo 2 que tinham sido tratados com um suprimento de methionina e tinham tido recaída, receberam o mesmo tratamento que o 1.º grupo, com exceção do suprimento de methionina. A alimentação ingerida pela maioria de ambos os grupos era calculada diariamente. A dieta continha de 2 a 5 gm. de methionina por dia. Biópses do fígado (com agulha) foram obtidas antes de começado o tratamento e novamente depois de um período de várias semanas de tratamento. Outros estudos de laboratório foram feitos em intervalos frequentes. Os nove pacientes que receberam o suprimento de methionina mostraram mudanças no fígado (histológicas), que indicavam uma resposta favorável ao tratamento; 5 pacientes neste grupo, um dos quais não recebeu extrato de fígado cru, também apresentaram melhoras clínicas e 3 deles continuaram bem por 1 ou dois anos. Dois dos cinco pacientes alimentaram-se pobremente e continuaram a beber tóxicos depois da alta no hospital e tiveram recaídas, um depois de 12 meses e um depois de 7. Enquanto as mudanças histológicas no fígado indicando bom resultado no tratamento, ocorriam em ambos os grupos, uma diferença definitiva era observada no número de pacientes que mostravam tais mudanças e também no grau dessas mudanças. Naqueles que receberam o suprimento de methionina, as mudanças foram notáveis. As células pa-

renquimais revelaram melhora definitiva na aparência histológica e houve um desaparecimento de gorduras. A única diferença no tratamento dos dois grupos foi o uso do suprimento de methionina. O autor conclui, portanto que a methionina foi a responsável pelas diferenças nos resultados obtidos. Em uma metade dos casos, o quadro histológico de melhora era acompanhado de uma melhora no curso clínico, e em alguns casos, também nos testes sobre a função do fígado. Um aumento de sódio-sulfobromoftaleína na excreção era uma constante e feliz observação. Na outra metade dos casos, nenhuma correlação havia entre as mudanças histológicas e o curso clínico ou função hepática. Dois pacientes melhoraram clinicamente mas não mostraram mudanças histológicas e o curso clínico ou função hepática. Dois pacientes melhoraram clinicamente mas não mostraram mudanças histológicas e um deles não demonstrou função melhorada do fígado. Uma interpretação adequada não é útil para a correlação entre as mudanças histológicas, resultados de laboratório e o curso clínico em alguns pacientes, mas não em outros. Possivelmente, naqueles que mostraram uma mudança no quadro histológico sem apresentarem melhora nas observações clínicas ou de laboratório, a fibrose perilobular isolou os lóbulos hepáticos ou grupo de células, de maneira que interferiu com a circulação portal e obstruiu os vasos capilares da bilis.

Deste modo, todos os pacientes que receberam um suprimento de methionina demonstraram mudanças histológicas indicando uma resposta favorável, independentemente de dieta rica em proteína, extrato de fígado cru ou levedo de cerveja. Entre os pacientes que não receberam um suprimento de methionina, somente um mostrou mudanças histológicas significativas depois do tratamento. Melhora clínica e melhora das funções hepáticas estavam unidas, associadas com as mudanças histológicas em

sete pacientes, seis dos quais receberam suprimento de methionina, sendo que somente um não.

Este estudo sugere que a methionina foi responsável pelo progresso nas mudanças histológicas do fígado que ocorreram nestes pacientes.

1. O papel da Methionina na Prevenção e Tratamento dos Males do Fígado, relatório do Con-

selho de Farmácia e Química J. A. M. A. 133:107 (Jan. 11) 1947.

2. Gyorgy, P., e Goldblatt, H.: Soc. Esper. Biol. e Med. 46:492-494, 1941.

Daft, F. S.; Sebrell, W. H., e Lillie R. D.: Proc. Soc. Exper. Biol. e Med. 48:226-229, 1941.

4. Gyorgy, P., e Goldblatt, H.: J. Exper. Med. 75:191-195, 1942.

5. Beams, A. J., e Endicott, E. T.: Gastroenterologia 9:718-735, 1947.

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

Introduction à la ventriculographie cérébrale — Simon Bronfman, Masson & Cie. (120, Boulevard Saint Germain), Paris, sem data.

Os progressos realizados ela neurocirurgia nestes vinte e cinco anos dependeram em boa parte do aperfeiçoamento dos métodos semiológicos e entre eles se conta a ventriculografia como elemento de primeira ordem. E' com razão, portanto, que tem despertado muito interesse o conhecimento do que é e de que é capaz a ventriculografia. O presente livro, impresso na Bélgica e editado pela conhecida e conceituada casa Masson de Paris, permitirá aos estudiosos e aos médicos práticos, que não dispõem de tempo para compulsar os tratados, conhecer em leitura rápida e clara porque se indica e como se obter a ventriculografia. Dá, também, informação seguras sobre as vias de obtenção e sobre a leitura das chapas, analisando os dados fornecidos e suas relações com o diagnóstico. O volume contém 108 páginas, com 83 figuras, custando 260 francos franceses.

Medical Research in War — Balfour of Burleigh e colaboradores, edição oficial, Londres, 1948.

Num volume de mais de 450 páginas vendido pelo preço de 7 shillings e 6 pence, foi publicado pelo

governo britânico uma serie de relatórios apresentados ao Parlamento pelo Conselho de Pesquisas Médicas e referentes aos anos da Última Grande Guerra (1939-1945). São consideradas as moléstias de guerra (malária, febre tifoide, hepatite infecciosa, tuberculose e as parasitoses e mordidas de insetos), as feridas e injurias de campanha, os meios terapêuticos (com a história da penicilinoterapia), os problemas da nutrição em tempo de guerra, a higiene industrial e os serviços especiais de emergência e o aparelhamento oficial para o desenvolvimento da numerosa e variada atividade cometida ao Conselho. Como se vê, é um documento comprobatório da importante e vultosa labor dispendida pelos cientistas britânicos no período atribulado da guerra.

Problemas e angústias da classe médica, Renato Souza Lopes, edição do autor, Rio 1948.

O consagrado professor da Universidade do Brasil, largamente conhecido nas letras médicas do país, acaba de publicar um elegante volume de crônicas sobre assuntos atinentes à classe médica e à Medicina. São 240 páginas de leitura agradável, em que o A. desabafa os seus desenganos e encara certos problemas médico-sociais

com a experiência de um observador profundo e com o critério atilado de um educador de vocação. Ao lado de tudo, deixa transparecer a sua vasta erudição, fazendo numerosas citações apropriadas e tirando delas o desejado efeito. Trata-se, assim, de um livro cuja leitura enleva e nos conduz a meditar sobre os homens e as coisas do nosso meio médico.

Anatomie Artistique — Arnould Moreaux, Malvine (27, rue de l'École de Médecine), Paris, 1947.

Em um valioso volume de 366 páginas com 468 figuras, o A. apresenta um guia seguro para os que desejam se dedicar aos estudos das belas-artistas, particularmente os professores de desenho. Tem o livro interesse também para os que desejam se aperfeiçoar na reprodução de peças anatômicas e em desenhos cirúrgicos. Para se avaliar o quilate da obra, basta dizer que mereceu dois prefácios — um do prof. Laubry, da Faculdade e da Academia de Medicina de Paris, e o outro do prof. Gabrielle, catedrático de Anatomia na Faculdade de Medicina de Lião. O plano da obra conduziu aos seguintes capítulos: Osteologia, miologia, sistema vascular, tecido gorduroso, morfologia humana e proporções do corpo humano.

Tendon transplantation for radial paralysis — L. A. Saikku, edição da Acta Chirurgica Scandinavica, Helsingfors, 1947.

A experiência da guerra ofereceu campo propício para que se pudessem fazer na Finlândia um detalhado estudo sobre o tratamento da paralisia radial. A preocupação principal era reconduzir os indivíduos lesados a um trabalho útil e eficiente. Vários processos cirúrgicos foram ensaiados e os resultados foram acompanhados com o espírito de crítica, afim de se poder chegar a conclusões bem fundamentadas. A técnica de eleição é exposta com minúcia recomendando o A. a observância de seis itens que asseguram o êxito da operação. Informa que, nos casos

bem sucedidos, os doentes podem retornar às suas ocupações anteriores, mesmo em se tratando de serviço manual pesado. O volume tem 122 páginas com algumas ilustrações.

Almanaque de la Salud — Edição de 1948, da Secretaria de Salud Publica de la Nación, Buenos Aires, 1948.

O elegante volume que constitui o Almanaque de Salud, cheio de interessantes ilustrações e repleto de informações úteis e muito bem apresentadas, abre as suas páginas com este conceito do presidente Peron: "A Medicina é, sem dúvida alguma, a mais extraordinária de todas as ciências e a mais necessária para a humanidade; todas as demais podem considerar-se subsidiárias já que para ser é preciso existir e para existir é indispensável cuidar da existência. Por isso deve considerar-se a ciência médica como a mais nobre de todas as ciências".

Almanaque d' "O Pensamento" (Trigésimo sexto ano), São Paulo, 1948.

Recebemos um exemplar desta popularíssima publicação para o corrente ano, cujo êxito alcançado no seio das massas populares e ilustradas é devido à grande variedade de assuntos referentes à lavoura, à pecuária, ao comércio, etc. que encerra. No presente volume, além das matérias acima referidas, tratou-se cuidadosamente da parte referente às receitas domésticas, anedotas variadas, cuidadasa seção de Astrologia, curiosidades, etc. Eis um resumo do índice dessa edição.

Horscopo do ano 1948; Calendário para 1948; Festas religiosas fixas e móveis; Concordância das principais éras; Comêço das estações; Hora legal; Eclipses; Nomenclatura técnica; Festas nacionais do Brasil; Festa Pan-americana; Festas clássicas continentais; Tabela do nascimento e o caso do sol; Calendário Brasileiro para 1948; Os fenômenos do ano; etc.

em
te-
de
me
is-

di-
sa-
ios

ue
de
eto
em
as
nte
da
de
es-
as
si-
iso
sã-
so
di-
as

o"
au-

sta
o
do
e
va-
à
io,
lu-
fe-
da
sti-
osa
es,
es-

há-
fi-
las
ta-
en-
ais
a;
a-
ol;
48;